FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 45

CANCER DE L'UTÉRUS

ÉTUDE DU MANUEL OPÉRATOIRE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Difficultés. — Dangers. — Résultats immédiats. — Résultats éloignés de l'opération

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 MARS 1888

PAR

Théophile-Auguste MIALARET

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure) le 19 avril 1853.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS,	professeur,	*président.*
AZAM,	professeur,	*juges.*
LEFOUR,	agrégé,	
POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Vve Cadoret

17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0094

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 45

CANCER DE L'UTÉRUS

ÉTUDE DU MANUEL OPÉRATOIRE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Difficultés. — Dangers. — Résultats immédiats. — Résultats éloignés de l'opération

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 MARS 1888

PAR

Théophile-Auguste MIALARET

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure) le 19 avril 1853.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS,	professeur,	*président.*
AZAM,	professeur,	*juges.*
LEFOUR,	agrégé,	
POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants.	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes....	MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD	Maladies mentales.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

It is yours as much as mine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BODET

Médecin principal de la Marine,
Professeur de Médecine opératoire à l'Ecole de Médecine navale de Rochefort-sur-Mer.

INTRODUCTION

Le sujet de concours proposé en 1887 par l'Académie de médecine était ainsi formulé : *De l'Hystérectomie vaginale; indications et manuel opératoire.* Dans le remarquable rapport soumis à l'Académie dans la séance du 30 novembre 1887, M. Léon Le Fort s'exprime ainsi :

« Après avoir si longtemps laissé mourir, sans les opérer, les » malades affectées de cancers de l'utérus encore au début et bien » limités, il ne faut pas, par une sorte de *prurigo secandi*, opérer toutes ou presque toutes les malades. On compromet ainsi la science, on compromet l'avenir d'une opération qui, pratiquée dans de bonnes conditions, peut rendre de grands services. Faire » des opérations dans ces conditions où la récidive est presque » fatale, où l'opération est difficile pour le chirurgien, dangereuse » pour la malade, peut être une occasion de faire preuve de dex- » térité opératoire, mais ce n'est pas faire preuve d'un bon juge- » ment clinique, c'est opérer au profit du chirurgien, mais au » détriment de la malade ».

Ces paroles sévères, tout autant que l'intéressante discussion qui a suivi la lecture du rapport de M. Le Fort, nous ont donné l'idée de faire de l'*Hystérectomie vaginale* l'objet de notre thèse inaugurale. D'ailleurs, deux opérations faites à l'hôpital civil de Rochefort et suivies de mort, malgré toutes les précautions prises et l'habileté des opérateurs MM. les professeurs Bodet et Rochard,

avaient attiré notre attention sur les dangers immédiats de cette intervention chirurgicale.

Nous n'avions malheureusement ni la compétence, ni les ressources bibliographiques suffisantes pour nous livrer à une étude très complète de cette importante et difficile question. Nous nous sommes donc borné à examiner, dans tous ses détails, le manuel opératoire.

Depuis l'opération faite par Récamier en 1829 et surtout depuis la communication de M. le Dr Demons à l'Académie de médecine le 12 juin 1883, l'*Hystérectomie vaginale* a pris droit de domicile en France, aussi est-ce aux chirurgiens français seulement que nous empruntons les éléments de notre travail.

Nous avons l'espoir que nos juges voudront bien l'accueillir favorablement et que M. le professeur Demons qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse nous pardonnera toutes ses imperfections.

Peut-être ne sommes-nous pas d'accord avec lui dans toutes nos conclusions, mais nous avons pour excuse une conviction profonde puisée dans les faits relativement nombreux que nous avons étudiés. C'est là, croyons-nous, un titre à sa bienveillance et nous avons la certitude qu'elle ne nous fera pas défaut.

Nous n'avons qu'un eu but : mettre les chirurgiens en garde contre ce *prurigo secandi* dont parle M. Le Fort et les arrêter dans la voie périlleuse qui a conduit quelques-uns à pratiquer l'ablation totale de l'utérus dans le cas de simples métrites prises pour des cancers, ainsi que cela a eu lieu récemment.

Nous nous proposons dans ce travail :

1° De montrer, en étudiant chaque temps du manuel opératoire, que l'Hystérectomie vaginale est un acte chirurgical difficile et à la portée seulement de quelques chirurgiens ;

2° De signaler les nombreux dangers inhérents à l'opération considérée en elle-même ;

3° D'insister sur sa gravité immédiate ;

4° D'aborder la question de l'efficacité. Le nombre des opérations est actuellement trop restreint et elles sont surtout trop récentes, pour la plupart, pour qu'on puisse entrer à fond dans cette partie du sujet dont l'importance est primordiale.

CANCER DE L'UTÉRUS

ÉTUDE DU MANUEL OPÉRATOIRE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Difficultés. — Dangers. — Résultats immédiats.
Résultats éloignés de l'opération.

HISTORIQUE

Langenbeck, en 1813, Sauter, en 1823, Blundell en 1828 avaient déjà enlevé l'utérus par la voie vaginale, lorsque Récamier pratiqua à son tour, le 26 juillet 1829, pour un cancer de l'utérus, l'opération qui fait le sujet de cette étude.

Les règles si précises posées par ce chirurgien, son manuel opératoire que l'on suit encore aujourd'hui dans ses grandes lignes et surtout la ligature préventive des ligaments larges, ont fait de l'Hystérectomie vaginale une opération éminemment française.

Nous n'insistons sur ce point d'historique que pour réclamer, avec M. Demons, le nom d'*Opération de Récamier* en faveur de la manœuvre chirurgicale qui consiste à enlever l'utérus dans sa totalité par la voie vaginale.

En consacrant la gloire du chirurgien qui a fait entrer cette opération dans la pratique, cette appellation aurait aussi cet autre avantage d'éviter une confusion facile avec l'*Hystérotomie vaginale* sur laquelle la thèse récente de Secheyron (Paris, 30 janvier 1888) vient d'attirer l'attention du monde chirurgical.

Nous ne nous attarderons pas à exposer en détail les modifications plus ou moins importantes qui ont été apportées au procédé de Récamier. Si toutes ont eu pour objet de diminuer la durée de l'opération et les chances d'insuccès, il en est une qui mérite de nous arrêter un instant : c'est la substitution des pinces à demeure à la ligature des ligaments larges.

L'attention des chirurgiens s'est, en effet, toujours portée d'une façon toute spéciale vers ce temps difficile de l'opération : ligature, puis section des ligaments larges.

Alors que les uns saisissent tout le ligament large dans une seule ligature, les autres, avec Wallace, placent une ligature élastique à laquelle on substitue ensuite une suture en chaîne à l'exemple de Olshausen. D'autres enfin, et c'est le plus grand nombre, emploient, avec M. Demons, des ligatures enchaînées à la soie ou au catgut et en placent trois sur chaque ligament large.

Malheureusement, quel que soit le moyen employé, outre les difficultés considérables qu'on éprouve parfois à poser ces ligatures dans un champ opératoire si restreint, il est survenu plus d'une fois, malgré toutes les précautions prises, des accidents hémorragiques mortels.

C'est pour obvier à ces graves inconvénients que M. Richelot proposa à la Société de Chirurgie, le 11 novembre 1885, d'abandonner l'ancien procédé des ligatures et d'assurer l'hémostase des ligaments larges par l'application, sur ces ligaments, de pinces longues à pression continue laissées à demeure.

Avant Richelot M. Péan avait employé la forcipressure dans l'Hystérectomie vaginale, d'autres avaient suivi son exemple et il

aurait peut-être le droit de revendiquer à son profit l'honneur de cette manœuvre opératoire, mais « M. Richelot a le mérite d'en avoir fait un procédé spécial devant toujours se substituer à la ligature quelle qu'elle soit (1) ».

Dans tous les cas, et malgré les services incontestables rendus par la méthode de M. Richelot, il ne nous a pas semblé que les dangers de l'ablation totale de l'utérus par le vagin, dans le cas de cancer, aient disparu dans une proportion telle qu'on puisse admettre sans réserves ce jugement porté par M. Richelot devant la *Société de Chirurgie,* dans la séance du 9 mars 1887.

« La question opératoire est jugée en ce sens qu'il est bien dif-
» ficile, après les observations publiées à Paris depuis deux ans,
» de ne pas considérer l'opération comme légitime et entrée désor-
» mais dans la pratique; il faut même ajouter qu'elle est *bénigne*
» quand on l'entreprend dans les conditions où elle est franche-
» ment indiquée. Mais la question de la récidive est autrement
» délicate, et c'est maintenant de ce côté que nous devons diriger
» nos efforts; c'est de la solution qui lui sera donnée que dépend
» l'avenir de l'Hystérectomie vaginale. »

Nous estimons qu'il y a lieu de se tenir en garde contre cette opinion un peu enthousiaste de M. Richelot.

En ce qui touche la *légitimité* de l'ablation totale de l'utérus, la lecture attentive de toutes les observations que nous avons pu nous procurer, nous a conduit à formuler les réserves les plus expresses sur cette intervention chirurgicale.

Mais, malgré ces réserves qui s'arrêtent aux cas où l'opération est « franchement indiquée », nous partageons entièrement l'avis de Velpeau quand il s'écrie : « Le mal auquel il conviendrait de
» l'appliquer est si commun, si constamment mortel, conduit à la

---

(1) Le Fort : *Rapport à l'Académie de médecine,* 30 novembre 1887. Voir aussi Discussion du Congrès de Chirurgie, 1886.

» mort à travers tant d'angoisses et de douleurs, qu'on n'aban-
» donnera pas sans peine une dernière ressource qui avait paru
» pouvoir lui être quelquefois opposée avec succès, que quelques
» personnes y reviendront probablement encore, et que les faits
» précédents ne suffiront pas, aux yeux de tuot le monde, pour en
» justifier la proscription définitive » (1).

Quant à la *bénignité* de l'Hystérectomie vaginale, des accidents immédiats bien nombreux sont là pour inviter le chirurgien à la plus grande circonspection.

Que si maintenant, pour répondre au desideratum de M. Richelot nous considérons les résultats éloignés, nous aurons le droit, vu le petit nombre de faits probants, de nous tenir dans une expectation prudente jusqu'à ce que l'avenir nous ait apporté les matériaux complets d'une statistique inattaquable.

Nos affirmations et nos restrictions seraient sans valeur si nous ne pouvions les appuyer sur des preuves. Nous allons essayer de tirer ces preuves de la pratique même des chirurgiens français qui, depuis M. Demons, ont remis en honneur dans notre pays l'*opération de Récamier*.

Contrairement à l'opinion de de Madec (2) qui ne veut donner toute son attention « qu'au traitement des ligaments larges et à celui de la plaie », nous nous arrêterons un instant sur chacun des temps de l'opération en en faisant ressortir les difficultés et les dangers et en signalant, à propos de chacun de ces temps les observations qui nous ont paru de nature à mériter une mention spéciale.

Cette étude formera la première partie de notre travail.

---

(1) Velpeau : *Médecine opératoire,* 1832, t. III, p. 639.

(2) R. de Madec : Thèse de Paris, 1887.

PREMIÈRE PARTIE

MANUEL OPÉRATOIRE.

Nous décrirons sept temps dans l'hystérectomie vaginale.

1° Antisepsie préalable;

2° Dilatation de la vulve et du vagin;

3° Abaissement de l'utérus;

4° Libération du col de l'utérus comprenant :

A. Incision du cul-de-sac vaginal antérieur.

B. Décollement de la vessie.

C. Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.

D. Incision du cul-de-sac vaginal postérieur.

E. Ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur.

5° Hémostase et section des ligaments larges;

6° Résection préventive de la paroi vaginale;

7° Traitement de la plaie.

1° *Antisepsie préalable.*

L'importance de l'antisepsie préalable n'a échappé à aucun chirurgien et c'est à bon droit, croyons-nous, que M. Maurice Hache, dans le beau travail qu'il a publié dans la *Revue des sciences médicales,* a fait de l'antisepsie un temps spécial de l'*opération de Récamier.*

Non seulement nous dirons avec lui que l'importance de l'antisepsie est réelle et que les injections de sublimé ou de biodure et

le tamponnement iodoformé continués pendant plusieurs jours avant l'opération sont d'une impérieuse nécessité, mais nous croyons encore devoir insister fortement sur les obstacles sérieux qui se dressent avant qu'on ait la certitude d'avoir mené à bien ce temps préliminaire.

Pour être véritablement efficace l'antisepsie doit être parfaite ; aucun point du champ opératoire ne devrait échapper à son action préservatrice. Si donc l'on réfléchit un instant à la situation des parties, même à l'état sain, à ces anfractuosités profondes, à ces replis nombreux qui hérissent le conduit vaginal ; à ces liquides putrescibles qui s'écoulent sans cesse de l'utérus et des parois du vagin, à tous les produits excrémentitiels en un mot dont cette région est le siège et que viennent encore augmenter les quelques gouttes d'urine qui s'y mêlent à chaque émission, on se fera une idée à peu près exacte de tout ce que cela peut bien être à l'état pathologique, dans le cas de néoplasie, alors que des sécrétions putrides se mélangent à ces produits physiologiques et que chacune des excroissances du chou-fleur qui remplit le vagin laisse entre elle et sa voisine une petite dépression qui peut facilement devenir un foyer d'infection.

On comprendra donc quelle attention minutieuse il faudra apporter à l'antisepsie préalable.

Nous ferons la même recommandation au sujet de la désinfection parfaite des instruments et objets divers servant pendant l'opération. Négligence ou oubli peuvent entraîner des conséquences désastreuses.

L'observation suivante de M. Richelot en est une preuve saisissante : la malade a failli être emportée par une septicémie occasionnée par des éponges d'une propreté douteuse.

Nous n'avons cité cette observation que pour bien montrer la difficulté extrême qu'il y a à assurer l'antisepsie parfaite dans une opération où elle est d'absolue rigueur. Si, dans *le milieu* où

cette opération a été pratiquée par des chirurgiens comme ceux qui y ont pris part, l'antisepsie n'est pas assurée, on peut, sans être taxé d'exagération ou de parti pris, exprimer à bon droit la crainte que ce premier temps reste parfois bien imparfait.

OBSERVATION I

Epithéliome limité à la lèvre postérieure du col. Hystérectomie. Guérison.

Par M. L. G. Richelot (*Union Médicale*, 23 octobre 1887).

Mme B..., 34 ans, a des pertes sanguines modérées depuis janvier 1887, sans douleur ni écoulement fétide. La continuité de ces pertes, quelques malaises survenus récemment l'engagent à se faire examiner ; c'est alors qu'elle m'est envoyée de Pierrefort (Cantal) par MM. les docteurs Riol et Rochette.

Son état général est excellent. Elle nous dit que sa mère est morte d'un cancer de l'utérus. Je trouve un épithéliome limité à la lèvre postérieure du col, mais infiltrant toute cette lèvre et végétant à sa face interne. Le tissu morbide n'est pas loin du cul-de-sac postérieur ; cependant, le vagin n'est envahi nulle part, la lèvre antérieure est petite et absolument saine, l'utérus est mobile.

Opération le 31 août 1887, avec l'aide de MM. les docteurs Hallé, L.-H. Petit et Madec, en présence de nos collègues Vincent (de Lyon) et Reynier, chirurgien des hôpitaux. Sauf que l'abaissement de l'utérus est médiocre (par brièveté simple des ligaments larges), tous les temps s'exécutent sans difficulté. Deux pinces sur le premier ligament, une sur le second ; durée, une heure cinq minutes, y compris la résection vaginale ; ovaires laissés en place.

Ici encore, j'ai fait la résection vaginale après l'extirpation, et m'en suis bien trouvé. Comme la lèvre postérieure était seule en cause, et que l'incision antérieure, à la base d'une lèvre saine, était fort éloignée du néoplasme, j'ai réséqué seulement en arrière et sur les côtés.

Le soir, temp. 37°. Le 1er septembre, temp. 37° 8 et 38° 4 ; ablation des pinces après 36 heures.

Le 2 septembre, à 8 heures du matin, je trouve avec étonnement 40 degrés et 130 pulsations ; à 9 heures, 39° 8 ; à 10 heures, 38° 2 ; à midi, 40° 5 et p. 112. Malgré ces températures élevées, le visage est calme et souriant, il n'y a ni vomissements, ni douleur, ni ballonnement, ni sécheresse de la langue ; l'urine est claire et abondante.

Le 3 septembre, la température monte à 41° 3 avec le même facies et la même absence de symptômes alarmants.

Le 4 septembre, j'enlève les tampons et je donne moi-même une première injection. A partir de ce moment, la fièvre cède rapidement et tout marche à souhait. L'eau des lavages entraîne, plus longtemps qu'à l'ordinaire, un pus abondant et des escharres fétides.

Mme B... a eu, comme on le voit, deux jours de septicémie, sans doute fort sérieuse, mais où l'hyperthermie (41° 3) était le seul phénomène inquiétant. J'ai pu remonter à la cause probable et toute fortuite de ces accidents : les éponges qu'on m'avait présentées m'avaient paru suspectes, et je regrettais de m'en être servi. En examinant plus tard le bocal qui les contenait, on en trouva plusieurs salies par des doigts qui y avaient laissé des empreintes non douteuses.

L'ablation des tampons avant le cinquième jour et les irrigations de sublimé ont enrayé les accidents. J'aurais dû même, en présence de l'hyperthermie, intervenir plus tôt, et je conseille de le faire sans hésiter, car je sais maintenant que le péritoine se ferme aussitôt après l'ablation des pinces et qu'on peut faire une injection douce dès le troisième jour.

Mme B... est retournée à Pierrefort le 25e jour après l'opération ; j'en ai eu tout récemment d'excellentes nouvelles.

2° Dilatation de la vulve et du vagin.

« Dans quelques circonstances, dit M. Le Fort, l'étroitesse de » la partie inférieure du conduit vaginal et surtout de la vulve » constitue un obstacle sérieux à l'abaissement de l'utérus; quel- » ques chirurgiens ont proposé et pratiqué la section préalable du » périné. » Cette étroitesse se rencontre surtout chez les femmes

qui n'ont pas eu d'enfants. Mais avant d'avoir recours à la section du périné qui servira de suprême ressource dans les cas difficiles on devra essayer de dilater les parties au moyen des instruments spéciaux.

Dans l'observation que nous reproduisons ci-dessous, M. Terrier rencontra les plus grandes difficultés dans l'abaissement de l'utérus par suite de l'étroitesse de la vulve qu'il dut dilater (1).

OBSERVATION II (résumée).

Epithélioma du col de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Guérison.

Par M. TERRIER (Thèse de GOMET).

Céline M..., 35 ans, a depuis la fin de juillet 1885 des pertes rousses : pas de fétidité, pas de douleurs. L'état général est assez bon.

Col volumineux. Culs-de-sac libres. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Opération le 16 novembre 1885.

« Je dilatai la vulve, ce qui ne fut pas facile, les tissus étant fort résis- » tants et la malade n'ayant jamais eu d'enfants. Cette étroitesse de la » vulve accrut beaucoup les difficultés de l'opération ». L'abaissement fut très insuffisant. Le cul-de-sac péritonéal postérieur fut ouvert par tâtonnement. On eut beaucoup de peine à assurer l'hémostase du ligament large gauche. M. Terrier laissa à demeure deux pinces hémostatiques.

L'opération a duré deux heures un quart.

La malade sortit de l'hôpital, convalescente, le 18 décembre. M. Terrier a revu cette femme le 12 mars et le 18 mai 1886, c'est-à-dire six mois après l'opération ; elle ne présentait alors aucune trace de récidive.

---

(1) Cette dilatation de la vulve et du vagin n'offre certainement pas une difficulté considérable mais elle n'en complique pas moins fort désagréablement une opération si difficile déjà. Chez une femme entrée à l'hôpital Saint-Charles de Rochefort pour un volumineux cancer du col, l'hystérectomie ne fut pas pratiquée à cause d'une étroitesse notable de la partie profonde du vagin qui eût suffi, à elle seule, pour compromettre le succès de la manœuvre opératoire.

3° *Abaissement de l'utérus.*

Tous les chirurgiens sont unanimes à reconnaître que la fixité de l'utérus reconnaissant pour causes des adhérences de cet organe aux tissus voisins constitue une contre-indication formelle à l'opération. Dans ces cas, en effet, ces adhérences sont dues, presque toujours, à la propagation du néoplasme. Mais il en est d'autres où, quoique l'utérus soit absolument libre, on éprouve les plus grandes difficultés à l'abaisser.

« Il y a des cas, dit M. Richelot (Société de chirurgie, octobre 1887), où le cancer est bien limité à l'utérus, mais où le col est » assez infiltré pour que son tissu soit friable et se déchire facile- » ment. L'opération est nettement indiquée mais elle est très » ardue, car la déchirure du col sous les tractions complique singu- » lièrement le dégagement de l'utérus en avant et en arrière. Pour » peu que l'abaissement soit médiocre et qu'on opère à une grande » profondeur, l'extirpation totale devient impraticable ».

Les difficultés ne sont pas toujours à ce point insurmontables et, au prix de beaucoup de temps et de peine, on parvient ordinairement à abaisser plus ou moins l'utérus, même dans les cas de friabilité des tissus, à l'aide de moyens divers.

Mais tous n'ont pas réuni les suffrages des opérateurs. C'est ainsi, par exemple, que la tige à renflement de Récamier, l'endoceps de Bernays et la pince à érignes de Chassaignac sont à peu près abandonnés. On utilise de préférence la pince de Museux, surtout avec les modifications que M. Demons a apportées dans la résistance et le mode d'arrêt de cet instrument. A l'occasion d'une opération que nous relatons plus loin (obs. XIII) M. Richelot propose, pour les cas difficiles, une érigne fort ingénieuse due à M. Collin « c'est une tige mousse au bout de laquelle, par un mécanisme très simple, apparaît un double crochet comme les

ongles du chat font saillie par la contraction des muscles fléchisseurs ».

Quel que soit le moyen employé pour obtenir l'abaissement de l'utérus c'est à cette manœuvre, autant presque qu'à l'hémostase, qu'il faut attribuer la longue durée de certaines opérations.

Dans un cas suivi de mort (obs. VI) M. Péan dut entreprendre la dissection sur place sans être parvenu à abaisser l'organe par suite de la trop grande friabilité des tissus; le col fut enlevé par morcellement. L'opération dura près de quatre heures. Voir aussi l'observation VIII de M. Demons.

Dans un autre cas, également suivi de mort par suite d'hémorragie, (obs. X) M. Terrier signale aussi les difficultés opératoires qu'il a rencontrées par suite du non-abaissement de l'utérus. L'opération avait duré une heure et demie.

Citons encore une observation de M. Gillette, trois observations de M. Richelot, et enfin l'observation IX de M. Bodet où l'abaissement fut impossible à ce point qu'on se demanda s'il ne serait pas nécessaire de terminer l'opération par la méthode de Freund.

OBSERVATION III (résumée).

Cancer utérin. Hystérectomie. Guérison. Par Gillette (Thèse de Gomet).

Marie L... femme V..., 49 ans. Le col de l'utérus est ferme, les culs-de-sac sont sains, la lèvre antérieure semble normale; la lèvre postérieure présente, au niveau du museau de tanche, une série de bourgeons plats naissant de l'intérieur du col et s'étendant à droite.

L'utérus est mobile.

L'opération est pratiquée le 25 juillet 1885.

On venait de faire l'incision demi-circulaire de tout le cul-de-sac antérieur du vagin, lorsque « le col se déchire, les pinces lâchent et l'organe utérin remonte à sa place. Quatre fois cet inconvénient se reproduisit et » rendit par conséquent ce premier temps de l'opération fort laborieux »;

enfin, on put saisir la partie inférieure du corps utérin avec une pince à trois griffes et maintenir l'organe jusqu'à la fin de l'opération.

En voulant décoller la vessie, l'opérateur fit une boutonnière à la paroi postérieure de ce réservoir.

Les derniers moments de l'opération furent marqués par une hémorragie assez abondante provenant d'artères vaginales.

L'opération a duré une heure vingt minutes.

Guérison sans incidents.

La malade sort de l'Hôpital complètement rétablie le 11 septembre.

OBSERVATION IV

Epithéliome intra-cavitaire. Hystérectomie. Guérison. Par M. L. G. Richelot.

Mme S... est une femme de 58 ans, de force moyenne et toujours bien portante ; elle a eu huit enfants. Malade depuis le mois de septembre 1886 elle n'a pas de douleurs, mais elle perd un peu de sang presque tous les jours, et remarque une odeur fétide depuis quelques semaines. Entrée à l'hôpital Bichat, elle nous montre un épithéliome intra-cavitaire, sans végétations extérieures, paraissant bien limité au col ; intégrité des culs-de-sac et utérus mobile.

Opération le 28 avril 1887 avec l'aide de MM. Hallé et Péreire, internes du service. *A part les premiers temps qui sont un peu difficiles parce que l'abaissement de l'utérus est imparfait,* tout se passe régulièrement. Après avoir mis la pince longue sur le premier ligament sans pouvoir atteindre son bord supérieur, je sectionne au ras de l'utérus, et avant d'achever la section, dès que l'organe peut descendre un peu plus, j'applique une seconde pince au niveau de sa corne. L'utérus libéré à droite, une seule pince longue suffit pour le second ligament. Trois ou quatre pinces dans le tissu cellulaire achèvent l'hémostase.

J'ai fait ici, comme j'en ai maintenant l'habitude, la résection d'une bande circulaire de la paroi vaginale, pour enlever largement les tissus autour du néoplasme et avoir plus de garanties contre la récidive. Je l'ai faite aussitôt après les premières incisions et le décollement de la vessie, pour n'être pas gêné plus tard en la faisant au milieu des pinces.

La malade s'est levée au bout de trois semaines sans avoir eu le moindre accident, et nous a quittés bien portante, un mois après l'opération. Je l'ai revue le 1er juillet et le mois suivant, elle avait au fond du vagin une cicatrice parfaite, indolente et souple ; son état général ne laissait rien à désirer.

(*Union médicale*, 23 octobre 1887.)

OBSERVATION V

Cancer utérin. Hystérectomie. Guérison. Par L. G. Richelot (*Union médicale*, 23 octobre 1887).

Mme G..., 29 ans, m'est envoyée par le docteur Lefebvre (de Doullens). Depuis deux mois seulement elle a des pertes blanches non fétides et quelques maux de reins; les deux dernières époques ont été plus abondantes qu'à l'ordinaire et suivies d'une certaine faiblesse; elle n'accuse pas d'autres symptômes, et son état général est excellent. Sa mère, nous dit-elle, serait morte d'un cancer utérin.

Le toucher révèle un col largement ouvert et bourré de fongosités à sa face interne. Les lèvres sont encore saillantes, mais dures, et me paraissent infiltrées dans toute leur épaisseur ; je sais par expérience que les cols qui se présentent ainsi sont faibles et se déchirent sous les tractions. Les culs-de-sac sont libres et l'utérus mobile ; néanmoins le cancer a déjà envahi tout le segment inférieur, et le cas paraît difficile.

Opération le 23 mai 1887, avec l'aide de MM. les Drs Petit-Vendol, Le Veziel et Poitou-Duplessy ; M. le Dr de Madec donne le chloroforme. Je saisis chacune des deux lèvres avec une pince à traction, mais l'*abaissement de l'utérus est presque nul*. Je commence l'incision dans la profondeur du vagin, mais à chaque coup de bistouri la malade fait des mouvements, se retire, se plie en arc; l'anesthésie complète, malgré une dépense considérable de chloroforme, n'a pu être obtenue qu'à la fin de l'opération. L'*utérus ne voulant pas descendre* et la malade remuant sans cesse, on voit d'ici les difficultés de l'entreprise; je parviens cependant à faire la résection vaginale, aussitôt après le décollement de la vessie, résection fort nécessaire du côté du rectum, car la lèvre postérieure est la plus infil-

trée. Plusieurs pinces hémostatiques prennent à droite et à gauche des artérioles vaginales.

Pendant l'attaque du premier ligament, *la lèvre postérieure se déchire sous mes tractions; peu de temps après, l'antérieure a le même sort. Je reprends un peu plus haut, nouvelle déchirure.* Sans m'obstiner davantage, je place une pince longue sur les deux tiers inférieurs du ligament, et je fais la section au ras de l'utérus dans la même hauteur; puis, saisissant le corps même de l'organe par son bord droit, je le fais descendre un peu et j'arrive à pincer au niveau de sa corne la partie supérieure du ligament. La section achevée, l'utérus est extrait; mais son bord gauche est retenu au-dessus de la vulve par la brièveté du ligament large, que je ne puis saisir en masse. Trois pinces sont alors échelonnées de bas en haut, en coupant de proche en proche; la troisième est placée en dehors de l'ovaire qui se trouve enlevé en même temps que l'utérus.

Après l'extirpation, l'hémostase me demande encore beaucoup de patience; il me faut laisser en tout dix-sept pinces, dont cinq sur les ligaments larges. L'opération a duré une heure et demie.

Le lendemain, la température monte le matin à 38° et le soir à 39°; elle atteint les jours suivants jusqu'à 39° 5, mais aucun symptôme alarmant ne se produit : souplesse du ventre, absence de vomissements (la malade ne prend que de petits morceaux de glace pendant les trois premiers jours), douleurs modérées jusqu'à l'ablation des pinces (au bout de 36 heures).

L'élévation thermique me décide à ôter les tampons et à commencer les injections le quatrième jour; aussitôt la température descend.

La malade se lève au bout de trois semaines et quitte Paris un mois après l'opération, très bien portante et n'ayant plus au fond du vagin qu'une petite plaie linéaire et transversale.

OBSERVATION VI (résumée)

Cancer du col et du corps de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Abaissement impossible. Mort. Par M. PÉAN.

Madame D..., 60 ans, aspect cachectique est épuisée par les hémorragies et les pertes ichoreuses. — Le col de l'utérus est dégénéré, fongueux,

ramolli, saignant, épithéliomateux. — Le corps fait saillie à l'hypogastre au-dessus du pubis.

L'opération est faite le 28 décembre 1882.

La friabilité des tissus morbides était telle que les pinces de Museux, placées sur le col, s'en allaient d'elles-mêmes et qu'il fallut entreprendre la dissection sur place sans songer à abaisser l'organe.

« Le col enlevé par morcellement, j'espérais qu'il me serait facile d'at-
« teindre le corps, et que sa muqueuse seule serait dégénérée — Grande fut
« notre surprise, quand nous vîmes que, dans toute sa longueur, cette por-
« tion de l'organe était aussi friable que le col, ce qui rendit la dissection
« des plus laborieuses. Je ne pus y parvenir qu'en morcelant le tissu mor-
« bide et en pinçant successivement les vaisseaux contenus dans son épais-
« seur. Les difficultés furent encore bien autres lorsque j'eus ouvert le
« péritoine. J'introduisis des crochets mousses dans le but de faire basculer
« et d'abaisser le fond de l'utérus, je ne pus y parvenir à cause de la friabi-
« lité de l'organe et à cause de l'état des ligaments larges qui étaient indurés,
« adhérents aux tissus voisins et dépourvus d'élasticité. Ce ne fut qu'à force
« de temps et de patience que je parvins à enlever le tout et à réséquer les
« portions altérées des ligaments larges. »

L'opération dura près de quatre heures.

La malade mourut subitement le second jour sans avoir eu de douleur ni d'hémorragie.

L'autopsie ne put être faite.

OBSERVATION VII (résumée)

Epithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale. Abaissement de l'utérus impossible. Mort. Par M. L. G. Richelot. (in Thèse de de Madec, p. 92).

Hyacinthe F..., 46 ans, est atteinte d'un épithélioma développé dans le canal cervical. Les culs-de-sac sont libres. L'utérus n'est pas très-mobile.

L'opération fut faite le 9 décembre 1886.

L'abaissement de l'utérus est absolument impossible. Il fallut manœuvrer tout au fond de la cavité vaginale. Le col, friable, se déchire sous les trac-

tions. Le cul-de-sac péritonéal antérieur fut atteint avec beaucoup de peine et ouvert avec les doigts.

M. Richelot ajoute : « Dans l'impossibilité où je me trouve de toucher la partie supérieure des ligaments, je n'hésite pas à commencer le pincement par étages. Première pince à droite sur la partie inférieure du ligament large et section dans la même hauteur : rien ne descend. Deuxième pince un peu plus haut, n'atteignant pas le bord supérieur, et section nouvelle : l'utérus n'est pas mobilisé davantage. Pendant cette manœuvre, le col se déchire à droite, à son union avec le corps, et ne tient plus que par un lambeau. »

On saisit à grand'peine le ligament gauche dans toute sa hauteur avec la pince courbe sur le champ. La section finie, l'utérus tient toujours. Le mors postérieur de la pince au lieu de pénétrer dans le cul-de-sac de Douglas, a dédoublé le ligament large et laissé son feuillet postérieur adhérent à la matrice.

L'utérus n'a été extrait qu'avec les plus grandes difficultés.

L'opération a duré une heure trois quarts.

La malade a succombé dans la nuit du 11 au 12, trois jours après l'opération.

On constata à l'autopsie une néphrite double interstitielle, il n'y avait pas traces d'hémorragie ni de péritonite.

OBSERVATION VIII

Cancer du col et du corps. Hystérectomie. Mort. Par M. Demons, in Thèse de Doche

Madame X..., âgée de 62 ans, possède un cancer utérin datant de huit ou dix mois.

La lésion est très-avancée et malgré l'hésitation des médecins appelés en consultation, elle exige absolument qu'on l'opère, car elle sait que là est son unique chance de salut.

L'opération fut très-pénible à cause de nombreuses adhérences ; elle dura quatre heures.

Douleurs violentes dans l'abdomen. Mort dans la nuit.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance de M. le professeur Bodet.

Epithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale. Mort.

Mme B.., âgée de 57 ans, entre à l'hôpital Saint-Charles de Rochefort le 16 septembre 1886 pour des douleurs vives dans les reins et l'hypogastre et des pertes rousses dont elle est atteinte depuis deux ans environ. Les règles ont cessé depuis sept ans et c'est cinq ans après qu'elle a vu se produire quelques hémorragies irrégulièrement espacées bientôt par des pertes fétides. Aucun antécédent morbide ou héréditaire. Pas de paludisme antérieur. Parents morts à un âge avancé ; frères et sœurs âgés, très bien portants ; j'ai vu moi-même une sœur de la malade plus vieille qu'elle de trois ans et d'une admirable santé. Constitution robuste, mais affaiblie ; teinte jaune des téguments. Pas d'appétit, peu de sommeil, pas de fièvre. L'examen ne révèle aucune lésion des poumons ni du cœur, rien non plus à l'appareil digestif, si ce n'est une constipation opiniâtre.

L'examen au spéculum fait reconnaître un épithélioma du col. Bourgeons saignants irréguliers ; lèvre antérieure en grande partie détruite, lèvre postérieure augmentée de volume, difficilement embrassée par le spéculum et de coloration brune violacée tranchant sur la teinte pâle du vagin. Au toucher, l'utérus n'est ni très abaissé, ni très augmenté de volume. Il paraît un peu mobile. Les culs-de-sac du vagin sont effacés, ce qui tient, non à leur envahissement par le tissu morbide, mais à la destruction d'une partie du museau de tanche. Les parois vaginales, un peu résistantes comme chez les femmes âgées, sont souples et saines néanmoins. L'exploration simultanée par le vagin et le rectum d'une part, à l'aide des doigts, par le vagin et la vessie de l'autre, à l'aide du doigt et d'une sonde, permet de s'assurer de l'intégrité des deux cloisons jusqu'à leur insertion sur le col. La partie des ligaments qn'on peut explorer de cette façon ne dénote rien d'anormal de ce côté. La partie supra-vaginale de l'utérus est gonflée, dure, bosselée ; il est évident que l'organe est envahi très haut. Pas de ganglions inguinaux ou iliaques.

Dans ces conditions, l'Hystérectomie vaginale me paraît être la seule

intervention logique, et c'est aussi l'avis de M. le docteur Duplouy qui avait examiné la malade dans mon service. L'opération, acceptée sans la moindre résistance, est pratiquée le 5 octobre à 9 heures et demie du matin avec l'aide de MM. les docteurs Rochard et Duplouy.

L'antisepsie vaginale avait été faite avec le plus grand soin pendant les huit jours précédents.

Après l'évacuation de l'urine contenue dans la vessie et un dernier lavage phéniqué, les parois du vagin sont écartées avec des valves droites, puis le col est saisi avec des pinces de Museux et attiré en bas. Une première difficulté se présente dès ce moment : *l'abaissement est impossible*. Le tissu friable se déchire sous l'effort très modéré qu'on exerce sur lui. Il faut se contenter de tendre un peu les parties et inciser les culs-de-sac du vagin au fond du conduit peu dilatable lui-même. L'incision demi-circulaire antérieure ne présente aucune difficulté pas plus que le décollement de la vessie dans laquelle un cathéter avait été préalablement introduit pour ce temps de l'opération. Le cul-de-sac péritonéal antérieur est ouvert, puis déchiré avec les doigts autant que possible jusqu'aux limites de l'incision, mais il est impossible d'atteindre exactement ces limites à droite où le doigt rencontre des tissus très résistants. C'est avec le bistouri boutonné qu'il faut achever la libération de la partie antérieure du col. Le doigt profondément introduit dans la plaie sent nettement la paroi antérieure de la matrice avec son revêtement séreux lisse et poli.

L'incision demi-circulaire postérieure est également simple, mais *il n'en est pas de même de la recherche et de l'ouverture de l'espace de Douglas*. Nulle part, dans toute l'étendue de la plaie postérieure, on ne sent bomber le péritoine. Le doigt se promène en vain très haut sur la face postérieure de l'utérus ; en aucun point on ne perçoit la sensation d'une surface séreuse, lisse, qui est si nette en avant. Après de pénibles et longues recherches, on se décide à appliquer quand même du côté droit une des longues pinces de Richelot. Le ligament est saisi entre l'index et le médius gauches et les branches sont glissées ouvertes, sur les doigts comme conducteurs. Avant de les serrer, on s'assure de leur position exacte ; or, la branche antérieure est parfaitement en place, débordant en haut d'un bon centimètre le bord supérieur du ligament large, mais l'extrémité de l'autre mors est séparée

de la pulpe de l'index par une petite épaisseur de tissus, et il est évident que cette branche a glissé entre les deux feuillets, ce qui prouve bien que le cul-de-sac de Douglas n'a pas été ouvert. Je ne puis me décider à sectionner avec une prise aussi incomplète, des vaisseaux pouvant rester béants en arrière de la pince, et je procède alors d'une autre façon. Pour cela, une aiguille à ligature de Cooper est passée au-dessus du bord supérieur du ligament qu'elle contourne d'avant en arrière et qu'elle perfore ensuite plus bas de vive force d'arrière en avant. Son extrémité est reçue sur la pulpe de l'indicateur droit qui déchire les tissus à son niveau et pratique en ce point une ouverture assez large pour donner passage à la branche postérieure de la pince. Celle-ci est mise en place, et l'extrémité des deux mors est alors très libre dans la cavité péritonéale. On serre au second cran, ce qui exige un déploiement de force considérable expliqué plus tard par l'induration et l'épaisissement des parties. La longue pince droite est ensuite appliquée plus bas, en profitant aussi de la déchirure faite à mi-hauteur du ligament; puis, lentement, à petits coups de ciseaux, on sépare entièrement l'utérus de ce côté. A un moment donné de ces diverses manœuvres, qui ont pris un temps très long, une odeur fétide s'est tout à coup répandue et a suggéré un instant à quelques-uns des spectateurs l'idée d'une blessure possible du rectum. Il n'en était rien, nous en étions bien sûrs. L'organe, d'ailleurs, apparaissait très net au fond de la plaie un peu déchiquetée par les vaines recherches du cul-de-sac postérieur; et, quelques secondes après, l'explication se présentait d'elle-même à tous sous la forme d'un écoulement purulent assez abondant. Un petit abcès du ligament large, que rien n'avait révélé à l'examen, avait été ouvert pendant les tentatives d'application de la pince.

Je croyais à ce moment que toutes les difficultés étaient surmontées et que l'utérus allait être facilement attiré à la vulve. Mais c'est en vain qu'on le saisit avec des pinces de Museux ou des érignes, il est impossible de le faire basculer et de l'amener. La résistance est telle, et la matrice encore située tellement haut, qu'on se demande si l'opération pourra s'achever ainsi, et s'il ne serait pas nécessaire de la terminer par la méthode de Freund. On sentait en effet, à gauche, la partie inférieure du ligament large très épaissie et impossible à déchirer sous les doigts seuls. Il fallut

alors se décider à libérer au bistouri et au ciseau, sans hémostase préalable, toute la partie supérieure du col et inférieure de l'utérus.

Dès que ces tissus indurés eurent été incisés, je pus saisir le fond de la matrice entre mes deux index vigoureusement poussés à fond, la fléchir et la faire basculer de manière à amener son extrémité supérieure à la vulve. Des pinces de Museux y furent solidement implantées et des tractions modérées l'amenèrent au dehors. Il eût été facile alors de porter des ligatures sur ce second ligament large suivant le procédé ordinaire ; je préférai appliquer la seconde pince de Richelot, ce qui fut encore beaucoup plus simple. L'utérus ne tenait plus que par le péritoine qui revêt sa face postérieure et qui n'avait pas été incisé comme je l'ai déjà dit. Une grande pince hémostatique ordinaire saisit la séreuse *qui se détachait très haut du corps de l'organe* et un coup de ciseaux acheva la libération. La perte totale de sang n'a pas été trop considérable. On l'a évaluée à 600 ou 700 grammes en tout. L'écoulement s'est très promptement arrêté sous l'action d'irrigations phéniquées froides. Ces irrigations avaient d'ailleurs été très largement faites pendant toute la durée de l'opération, tant pour arrêter l'hémorragie que pour dégager le champ opératoire. Le pansement consista en un tamponnement lâche du vagin à l'aide de boulettes de coton iodoformé enveloppées de gaze phéniquée et retenues par des fils.

Prescription : Champagne frappé, glace, 1 centig. d'extr. d'opium toutes les deux heures.

5 octobre, soir : 250 grammes d'urine noirâtre sont évacués par le cathétérisme. La malade n'a pas vomi et n'a pas souffert. Aucun écoulement sanguin. Soif vive. Temp. 37°.

6 octobre : Nuit bonne. Sommeil assez prolongé. Pas d'écoulement de sang ; pas de douleurs. Temp. 36° 8. *Même prescription.* Potage léger, un œuf.

Soir : Quelques coliques passagères. Un peu d'agitation. Temp. 38° 5.

Prescription: Sulf. quin. 1 gr.; 5 pil. d'extrait d'opium de 1 centigramme; injection de morphine.

7 octobre : Nuit un peu agitée. Pas de douleurs. Les urines, régulièrement évacuées à la sonde, sont encore un peu noirâtres. Soif moins vive. Pas d'écoulement sanguin. On enlève très facilement les pinces. Les deux tam-

pons extérieurs sont changés. Injection phéniquée à l'entrée du vagin. *Même prescription.*

Soir : Agitation plus accentuée, quelques plaintes. Légères douleurs abdominales erratiques. Temp. : 38° 8.

11 heures du soir : Mort presque subite après un collapsus rapide.

Autopsie, seize heures après la mort. Habitude extérieure : Rien de notable. Teinte jaune paille des téguments. Pas de ballonnement sensible du ventre. Les tampons enlevés sont presque secs, colorés en noir sur les parties en rapport avec les pinces. Après leur ablation, il s'écoule par le vagin une petite quantité de liquide sanieux de couleur brune.

Cavité abdominale : Intestins très légèrement distendus par des gaz. Pas de changement de coloration, pas de traces d'inflammation du péritoine viscéral ni pariétal. En soulevant les anses intestinales, on rencontre une certaine quantité de pus crémeux étalé à la surface du péritoine qui revêt le petit bassin et les deux fosses iliaques. Ce pus s'est aussitôt répandu en couche mince dans la direction du psoas gauche. En recherchant son origine, on trouve qu'il provient de l'abcès du ligament large droit. Cet abcès a le volume d'une petite noix. Nulle part le contact du pus et de la séreuse n'a produit la moindre inflammation. Tous les organes abdominaux sont d'ailleurs très sains. En examinant le petit bassin, on trouve que l'ouverture vaginale est obturée par une anse de l'S iliaque qui s'est lovée au-dessus d'elle. Cette anse est attirée en haut et on a sous les yeux le champ opératoire qu'on développe largement par la section de la symphyse. La vessie et les urétères disséqués sont sains, à peine une légère arborisation du trigone due sans doute à l'action de l'acide phénique employé à profusion.

Les ligaments larges présentent sur leurs bords une bande de tissu sphacélé par la pression des pinces; mais en outre, sur la ligne médiane, le rectum offre au-dessus de l'incision vaginale postérieure une escharre linéaire de 6 centimètres d'étendue, n'intéressant pas la muqueuse mais allant jusqu'à elle dans la partie inférieure de la bande ainsi sphacélée.

Cavité crânienne : Rien de particulier, si ce n'est un peu de congestion des méninges. La *cavité thoracique* n'a pas été ouverte.

4° *Libération du col de l'utérus.*

A. Incision du cul-de-sac vaginal antérieur.

Si l'utérus a pu être facilement abaissé, l'incision de la paroi supérieure du vagin ne présentera, en général, ni beaucoup de difficultés ni beaucoup de chances d'accidents. Il faudra toutefois que l'on ait soin de tenir la lame du bistouri dirigée contre la paroi du col utérin. On veillera aussi à ne pas porter l'incision à plus d'un centimètre et demi au-dessus de l'insertion vaginale. En effet, en dépassant cette limite, on s'exposerait à blesser la vessie et les urétères.

Mais la scène change si l'abaissement a été nul ou insuffisant. Les difficultés deviennent alors considérables comme on a pu en juger par nos observations III, IV, V, VII et IX et comme le démontre encore le fait suivant.

OBSERVATION X (résumée).

Epithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale. Mort. Par M. Terrier ; thèse de Gomet.

Mme C... (Berthe), 34 ans. Col ramolli et en partie détruit par une ulcération qui envahit presque toute la lèvre postérieure du museau de tanche, surtout à gauche.

L'utérus est peu mobile. La cloison recto-vaginale n'est pas envahie. Les parties latérales paraissent libres et sans induration.

L'opération est faite le 8 juillet 1885.

Il est difficile de saisir le col détruit à moitié. L'utérus paraît fixé profondément et s'abaisse très peu.

C'est *donc au fond du vagin qu'il faut faire l'incision antérieure destinée à détacher le vagin de ses attaches utérines* et à pénétrer entre le vagin et la vessie. Cette dissection se fait peu à peu d'abord au bistouri, puis avec

des ciseaux presque mousses. Une sonde introduite dans la vessie permet de s'assurer de l'épaisseur des tissus qui séparent l'incision du réservoir urinaire. On arrive ainsi presque au cul-de-sac vésico-utérin qu'on saisit avec des pinces et qu'on ouvre au bistouri.

Les difficultés furent encore plus grandes pour l'incision du cul-de-sac postérieur et l'ouverture de l'espace de Douglas.

Le non-abaissement de l'utérus rendit aussi fort pénible la ligature du ligament large droit.

L'opération dura une heure et demie.

La malade a succombé 6 jours après l'opération.

A l'autopsie, on constata qu'il existait le long du colon descendant sur le péritoine pariétal du sang épanché et infiltré.

Les ligatures qui avaient été placées à droite sur le ligament large n'étaient plus serrées: la supérieure jouait sur les tissus sous-jacents.

B. Décollement de la vessie.

« Une des principales difficultés opératoires, disait M. Trélat à la Société de chirurgie le 24 juin 1887, réside dans la séparation de l'utérus d'avec la face postérieure de la vessie et cette difficulté est encore accrue quand il existe une antéflexion du corps prononcée ».

Par précaution, et avec juste raison, beaucoup d'opérateurs placent une sonde en permanence dans la vessie pour procéder à ce temps délicat de l'opération; tous évitent avec soin de se servir d'un instrument tranchant et c'est avec le doigt qu'on cherche à détacher la vessie du col utérin. Mais quelles que soient les précautions prises, quelle que soit l'attention apportée à « bien raser la face antérieure de l'utérus pour éviter d'ouvrir la vessie dont les replis masquent la ligne d'insertion du vagin, surtout lorsque l'utérus a été abaissé », il arrive souvent, malgré ce conseil de M. Tillaux que la paroi vaginale est perforée.

En outre des exemples qu'en offrent nos observations XI et XII,

citons encore le cas de Gillette (obs. III) et celui, plus terrible, d'une opérée de M. Bouilly qui mourut de péritonite consécutive à une petite déchirure de la vessie. Ce dernier fait est signalé par M. Hache (*Revue des Sciences médicales,* 1887, p. 725).

Il arrive encore que le décollement de la vessie est rendu fort pénible par suite d'adhérences. Chez la deuxième opérée de Roux (obs. XIX) ce temps a été long et difficile et l'observation suivante de M. Richelot (XIII) nous permettra de nous faire une idée de ces difficultés.

OBSERVATION XI (résumée).

Tumeur rétro-utérine de nature maligne. Hystérectomie vaginale. Perforation de la vessie. Mort. Par M. Richelot; thèse de de Madec.

Mme C..., 59 ans, examinée en août 1886, est malade depuis un an. Elle n'a jamais eu de métrorrhagies ; elle n'est point cachectique. On constate chez elle la présence d'une grosse tumeur rétro-utérine faisant saillie du côté du rectum, repoussant le col utérin derrière la symphyse et offrant au toucher une consistance élastique, moins dure que celle des fibromes ordinaires.

La consistance de cette tumeur et la présence de ganglions indolents au pli de l'aîne font soupçonner sa nature maligne.

Un mois plus tard, la malade vint à Paris : elle venait d'avoir une hémorragie qui avait duré 15 jours ; la tumeur était plus molle, les ganglions inguinaux avaient doublé de volume.

L'opération fut faite le 5 octobre 1885.

« Je commence, dit M. Richelot, par une incision longitudinale de la » paroi postérieure du vagin ; aussitôt, le tissu morbide fait hernie à tra- » vers la plaie. J'agrandis l'ouverture, et je pénètre avec le doigt au mi- » lieu d'une masse ramollie et friable. Je procède à l'ablation de cette » masse avec la curette ; je vide peu à peu le foyer, je résèque des lam- » beaux de la paroi vaginale envahie, et je laisse une couche de tissu mor-

» bide adhérente à la face antérieure du rectum. Il ne se fait pas d'hémor-
» ragie.

» Le curage terminé, il reste au moins la moitié de la tumeur qui dépasse
» le fond de l'utérus. Je procède alors à l'extirpation de cet organe, suppo-
» sant qu'avec lui j'enlèverais une nouvelle portion de néoplasme et qu'en-
» suite j'aurais plus d'espace pour attaquer sa partie supérieure.

» L'utérus est déjà plus mobile, la masse rétro-utérine ayant disparu ;
» cependant, il descend mal. J'incise autour du col avec une certaine diffi-
» culté, et je commence à décoller la vessie ; j'éprouve une certaine résis-
» tance, et tout à coup, *sans grand effort, mon doigt perfore la paroi*
» *vésicale*. Il n'y a là, cependant, aucune infiltration cancéreuse, et j'ai
» peine à m'expliquer la fragilité de cette paroi. Aussitôt que je vois l'urine
» couler, je m'arrête, et avant de passer outre, je ferme l'ouverture, qui
» admet juste la pulpe de l'index, par quatre points de suture au catgut.
» Une injection d'acide borique dans la vessie me prouve que la fermeture
» est complète ».

L'opération a duré une heure un quart.

Les pinces furent enlevées le lendemain matin.

La malade mourut 26 heures après l'opération.

OBSERVATION XII

Cancer utérin. Hystérectomie vaginale. Perforation de la vessie. Mort.
Par Roux.

On suivit exactement le procédé de Récamier. Après l'abaissement de l'utérus, Roux trouva des adhérences assez solides entre la matrice et le vagin ; en prolongeant pendant quelque temps la séparation de ces deux organes, il ne put arriver au cul-de-sac péritonéal. Récamier poursuivit l'opération. Il coupa et sépara avec les doigts les adhérences, mais bientôt un jet d'urine sort par le vagin ; il prolonge toujours la dissection et bientôt a lieu une nouvelle sortie du liquide ; enfin, il parvint à inciser le cul-de-sac péritonéal.

L'opération s'acheva sans complications nouvelles et dura une demi-heure.

La malade, qui avait perdu à peine trois cuillerées de sang, expira le lendemain à 6 heures du soir.

Roux et Récamier pensent que la mort est due aux douleurs de l'opération. Mais, dit Tarral « il ne faut cependant pas oublier de prendre en considération la lésion du bas-fond de la vessie qui donna lieu peut-être à une péritonite suraiguë par le contact de l'urine avec la membrane séreuse péritonéale. »

A l'autopsie la vessie présentait une ouverture circulaire et le petit bassin contenait un peu de sérosité rougeâtre.

On pourrait nous objecter que nous remontons bien haut pour trouver nos arguments et que les opérations pratiquées au début de ce siècle ont peu de valeur dans cette discussion ; nous serions de cet avis s'il s'agissait en ce moment d'autre chose que d'une difficulté matérielle ayant entraîné les plus graves conséquences. Or, sur ce point, rien n'est changé, et nous ne connaissons rien de plus démonstratif en faveur de l'idée que nous soutenons, que le cas ci-dessus où deux hommes éminents durent se relayer pour accomplir l'un des temps de l'opération entreprise.

OBSERVATION XIII

Cancer utérin. Hystérectomie vaginale. Par M. L.-G. Richelot (*Union médicale*, 23 octobre 1887).

Mme D..., 37 ans, est adressée à M. Richelot par le docteur Danet, le 29 août 1887. Elle est atteinte de cancer utérin.

Le col forme un anneau rigide qui admet la pulpe du doigt ; sa cavité est anfractueuse et saignante ; ses lèvres sont dures, infiltrées par le tissu morbide, et si bien rongées qu'elles ne font aucune saillie sous le vagin. Au premier abord, on pourrait se demander si le col n'est pas entièrement détruit et si l'anneau rigide qui limite la cavité anfractueuse n'est pas un bourrelet d'envahissement vaginal. Mais les dimensions restreintes de cet anneau et sa mobilité relative me donnent la certitude qu'il est bien formé

par le col utérin. En un point, cependant, le cancer a dépassé visiblement les limites de l'organe : le cul-de-sac postérieur, effacé comme les autres, est semé de petits grains pareils aux nodules cutanés qu'on trouve autour des cancers du sein.

Inutile d'insister sur la gravité de la situation. Aucun signe ne démontre absolument que les parties voisines de l'utérus — à part le cul-de-sac postérieur — soient envahies. Je ne crains rien du côté du rectum ; je ne sens rien du côté des annexes ; mais qui m'assure que la vessie n'est pas adhérente ? Et comment saisir ce col effacé ? Comment agir, dans la profondeur du vagin, sur un utérus qui ne descendra pas et sur un tissu que la plus légère traction va déchirer ?

Comme la pauvre femme attend son arrêt de mort ou sa délivrance, je n'hésitai pas à prendre la responsabilité d'une opération. Où cette décision devait-elle me conduire ? Je n'en savais rien encore ; mais je n'avais qu'un parti à prendre : commencer l'Hystérectomie avec la volonté ferme d'aller jusqu'au bout, et, si les difficultés devenaient insurmontables, me contenter d'une opération palliative. Une résection sus-vaginale pouvait rendre encore de grands services ; mais la malade était si intéressante, elle avait un si grand désir de vivre, que j'étais résolu à tout faire pour mener à bien l'extirpation totale.

Opération le 3 septembre, avec l'aide de MM. les Drs L. H. Petit, de Madec et Oustaniol, interne des hôpitaux. Je saisis, non sans peine, la lèvre antérieure malgré son effacement, avec une pince-érigne spéciale inventée par M. Collin ; puis, lentement, et sans tractions, j'incise le cul-de-sac antérieur du vagin avec un bistouri à long manche. L'incision faite, je procède au décollement de la vessie avec beaucoup de patience et de douceur, afin de retarder le moment où le col doit se déchirer. Mon doigt, s'insinuant peu à peu, soulève la vessie adhérente à l'utérus par un tissu cellulaire dense, mais non par une infiltration cancéreuse. Alors se produit la déchirure prévue ; je reprends un peu plus haut, avec une autre pince de M. Collin, dont les mors et la crémaillère sont disposés de manière à tenir solidement les tissus sans les écraser. Puis, je continue le décollement plus pénible à mesure que je gagne en hauteur, mais je suis bien décidé à y mettre une heure s'il le faut. A diverses reprises, j'introduis une sonde

dans la vessie pour voir si elle est entièrement détachée de l'utérus; car pour dilacérer le péritoine à cette hauteur, avec une pince ou un instrument mousse, je n'aurai de sécurité qu'après avoir dépassé le bas-fond de cet organe.

Entre temps, nouvelle déchirure : mais je l'ai prévue comme la précédente. Sachant bien qu'à ce moment toutes les pinces à traction seraient inutiles pour empêcher le fond de l'organe de fuir devant mes doigts, je me suis muni d'une érigne fort ingénieuse, que j'ai trouvée par hasard dans l'arsenal de M. Collin, et qui s'adapte merveilleusement à ces cas difficiles : c'est une tige mousse au bout de laquelle, par un mécanisme très simple, apparaît un double crochet comme les ongles du chat font saillie par la contraction des muscles fléchisseurs. Cet instrument vaut mieux que tous les endoceps et pinces divergentes, quand on prévoit la friabilité du col et la nécessité d'accrocher l'utérus par sa face interne. Il m'a rendu, dans ce cas particulier, un grand service en me permettant de maintenir le corps de l'utérus et même de l'abaisser légèrement, pour achever le décollement de la vessie et ouvrir le péritoine.

Ces premiers temps achevés, la plus grande difficulté était vaincue, et j'avais acquis la certitude que la paroi vésicale n'était pas envahie ; à peu près sûr de terminer heureusement l'opération, je n'avais plus besoin que d'une forte dose de patience.

En arrière, j'incise le cul-de-sac postérieur au milieu des grains épithéliaux, que j'enlèverai tout à l'heure. La lèvre postérieure est saisie avec la pince à larges mors, et l'ouverture du péritoine est relativement facile.

Vient alors l'application des pinces longues. La première est placée sur le ligament large du côté droit, sans atteindre son bord supérieur. La section au ras de l'utérus est longue et pénible, à cause de la profondeur du champ opératoire ; j'arrive cependant à placer une pince droite au niveau de la corne utérine et à terminer la section. Mais l'utérus ne vient pas sans résistance ; le fond sort à peine et le col reste au-dessus de la vulve, à cause de la brièveté du second ligament large, ce qui m'oblige à saisir du haut en bas le bord supérieur de ce ligament et à libérer d'un coup de ciseaux la corne gauche ; après quoi j'insinue obliquement une seconde pince, de bas en haut, pour mordre la région de l'utérine. — Enfin l'utérus est extrait.

Nous sommes tous fatigués ; et cependant, la résection vaginale est encore à faire. Dans tous les cas, il faut du courage et une conviction bien arrêtée, pour se donner cette nouvelle peine ; mais ici, nous pouvons moins que jamais nous en dispenser, puisque l'ulcération cancéreuse affleurait les culs-de-sac, puisque j'ai dû faire ma première incision tout près du tissu morbide, puisqu'enfin j'ai laissé des grains épithéliaux sur un point de la paroi vaginale. J'enlève donc une large bande de cette paroi, surtout en arrière et sur les côtés ; le sang vient en abondance, et je dois laisser jusqu'à 22 pinces hémostatiques. Les ligaments larges en ont quatre. Les ovaires et la trompe n'ont pas été vus.

L'opération, avec la toilette de la plaie et le pansement iodoformé, a duré deux heures quarante-cinq minutes. La malade a respiré du chloroforme pendant trois heures.

C. Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.

Le cul-de-sac vaginal antérieur a été incisé, la vessie est décollée, il s'agit maintenant de découvrir et d'inciser le cul-de-sac péritonéal.

Les auteurs n'ont pas assez insisté, à notre avis, sur les difficultés qu'on rencontre pour mener à bien cette manœuvre.

« Le cul-de-sac péritonéal, lisons-nous dans la thèse de Gomet, apparaît sous forme d'un petit bourrelet de graisse jaunâtre ou comme une membrane grisâtre. » Cela est vrai mais surtout à l'amphithéâtre, quand on opère sur un utérus sain. Alors, en effet, le champ opératoire n'est pas inondé du sang qui, chez le vivant, s'écoule de tous les côtés sur le passage de l'instrument tranchant et, derrière le cul-de-sac vaginal incisé, le péritoine apparaît avec la netteté que lui prête Gomet.

Nous admettrons encore que les difficultés sont à peu près nulles quand, avec un col assez solide pour supporter les tractions, on rencontre un utérus mobile et s'abaissant bien ; mais nous n'avons qu'à jeter un coup d'œil rapide sur les observations

publiées pour constater que ces cas constituent l'exception et que, le plus souvent, l'ouverture de ce cul-de-sac péritonéal ne se fait qu'avec beaucoup de peine et de grands dangers. C'est par tâtonnement que l'on va le chercher et il est bien rare qu'on le sente nettement bomber sous le doigt. Cela se comprend, du reste, car derrière le péritoine ne se trouvent que des anses intestinales qui fuient sous la pression la plus légère et ne laissent au doigt qu'une sensation vague et incertaine.

Roux (obs. XII) ne put trouver ce cul-de-sac, et c'est en allant à sa recherche que Récamier qui continuait l'opération fit une boutonnière à la vessie.

Dans sa deuxième opération (obs. XIX), Roux arrive avec peine au péritoine que les doigts, dit-il, ont beaucoup de peine à reconnaître.

M. Terrier (obs. II) mit longtemps à atteindre le cul-de-sac péritonéal antérieur et n'y arriva qu'après avoir sectionné le tissu cellulaire sous-péritonéal avec des ciseaux mousses.

M. Richelot (obs. VII) constate que le cul-de-sac antérieur du péritoine, trés haut situé, n'est ouvert qu'après de longs efforts destinés à l'atteindre sans risquer de perforer la vessie. Il se plaint des mêmes difficultés dans les observations XIV et XVII.

Il est arrivé à M. Trélat de prendre la vessie pour le péritoine et de perforer celle-ci croyant ouvrir celui-là (Obs. XV).

On le voit, l'incision du cul-de-sac péritonéal antérieur mérite, tout autant que le décollement de la vessie et l'incision du cul-de-sac vaginal, de fixer l'attention des opérateurs.

Les lésions faites à la vessie n'ont certes pas toujours des conséquences fatales comme chez les malades de MM. Roux, Richelot et Bouilly ou des inconvénients fâcheux comme chez l'opérée de M. Trélat; mais il n'en est pas moins vrai qu'elles constituent un incident opératoire grave et particulièrement propre à diminuer les chances de succès.

Si même nous écartons la possibilité d'une péritonite consécutive et les complications d'une fistule vésico-vaginale, l'on sera bien forcé d'admettre avec nous :

1° Que la durée de l'opération — déjà si longue quand tout marche bien — se trouve augmentée de tout le temps nécessaire à la suture de la plaie vésicale ;

2° Que cette plaie ne se réunissant pas par première intention, il en résulte une suppuration et des escharres qui compromettent singulièrement la guérison définitive.

La vessie n'est pas le seul écueil que le chirurgien rencontre sur sa route dans ce temps difficile. La présence des urétères constitue elle aussi un danger que l'habileté des opérateurs n'a pas toujours pu éviter.

OBSERVATION XIV

Cancer utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison. par M. L. G. Richelot.

Stéphanie P..., 45 ans, a subi en mars 1886 l'amputation sous-vaginale du col utérin par l'anse galvanique.

Premiers symptômes de récidive dans les premiers jours de mai. Entrée à l'Hôtel-Dieu en août avec douleurs, pertes rousses, hémorragies. La santé générale n'est pas profondément altérée.

Il s'agit d'un épithélioma récidivé ayant pris naissance à la face interne du museau de tanche, les parties supérieures de la cavité cervicale ont été envahies mais la muqueuse est intacte et les annexes semblent l'être aussi

L'hystérectomie vaginale est pratiquée le 31 août 1886. L'abaissement de l'utérus est difficile et l'opérateur *atteint avec peine le cul-de-sac antérieur du péritoine.*

L'opération a duré trente-cinq minutes.

La malade se lève le 22 septembre et sort de l'hôpital le 26 octobre.

Il existe au fond du vagin un petit bourgeon charnu. La traction l'amène tout entier avec une queue de tissu conjonctif longue d'un centimètre.

En quittant l'hôpital, la malade avait une incontinence d'urine qui aurait disparu en novembre sous l'influence des courants électriques.

Dans la séance du 9 mars 1887, à la Société de chirurgie, M. Richelot donne, sur cette opérée, les renseignements suivants :

« Je revis cette femme le 24 novembre 1886, la plaie n'était pas encore » fermée et suppurait un peu; ses bords légèrement indurés m'inspiraient » une certaine inquiétude ; elle avait bon appétit, mais souffrait habituelle- » ment du ventre et des reins, et s'alarmait beaucoup. Nouvelle visite le » 25 février 1887, la situation a complètement changé ; tout est cicatrisé, » souple, aucune induration suspecte ; à part quelques douleurs irradiées, » les forces et la santé sont franchement rétablies ».

OBSERVATION XV (résumée)

Epithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale. Déchirure et suture de la vessie. Large fistule vésico-vaginale. Sept mois après, opération de cette fistule. Guérison. Par M. le professeur TRÉLAT. (Société de Chirurgie.)

Primméo (Hélène), 47 ans, n'a jamais eu de ménorrhagies, jamais de pertes avant le mois de février 1886. A cette époque : écoulement peu abondant mais continu, rouge, sans odeur. Utérus parfaitement mobile. Culs-de-sac libres et souples.

Le col forme, à sa lèvre antérieure, une tumeur du volume d'un marron, dure, mamelonnée, saignante, offrant les caractères incontestables de l'épithélioma. La muqueuse vaginale est saine. L'Hystérectomie vaginale est pratiquée le 26 mai 1886.

Les premiers temps marchent bien. « Dans le fond du sinus je sens une « sorte de poche molle, et, persuadé que la vessie a été évacuée immédia- « tement avant l'opération et que cette poche est le péritoine, je fonce « sur elle du bout du doigt. Un flot de liquide clair s'échappe; mais j'étais « tellement convaincu que je devais être dans la cavité péritonéale et non « dans la vessie, que je m'acharne à diviser sur les côtés le prétendu péri- « toine. Comme ce temps opératoire ne s'exécute pas bien, j'examine avec « soin et je constate une large déchirure de la face inférieure de la vessie.

« La séparation est reprise, promptement terminée en avant et en ar-
« rière.

« Avant d'aller plus loin, je ferme avec quatorze points de suture, avec
« de la soie, la déchirure de la vessie. Cette suture est étanche et l'eau bori-
« que injectée est bien retenue.

« Je constate et je fais constater par les assistants que, si les ligatures
« vasculaires sont si difficiles à placer et tiennent si mal, c'est que, dans la
« profondeur des parties, le premier nœud se relâche avant que le second
« soit serré. Ce fait se reproduit constamment et pour chaque fil. On obvie
« à ce grave inconvénient en faisant le nœud de chirurgien ou le double
« enroulement des fils pour le premier nœud. »

« Nous parvenons à placer des ligatures sur la région utérine en bas.
« Quatre pinces, dont deux courbes et fortes, suffisent pour obtenir une
« hémostase complète. »

On place une sonde à demeure dans la vessie. Les pinces sont enlevées 40 heures après l'opération.

La cure opératoire fut entravée par la formation, la séparation et la chute de l'escharre vésicale.

La plaie utéro-vaginale était complétement guérie à la fin de juin. Mais, en avant d'elle, on reconnaît une fistule vésico-vaginale qui admet l'extrémité du médius.

La malade qui est sortie de l'Hôpital, y revient le 13 décembre : elle ne présentait aucune trace de récidive de l'épithélioma.

L'opération de la fistule vésico-vaginale fut faite le 24 décembre.

« La malade sort de l'hôpital le 10 janvier bien guérie de son affection
« principale et complètement débarrassée de sa fistule. »

D. Incision du cul-de-sac vaginal postérieur.

« En arrière, dit M. Richelot dans l'exposé de son manuel opératoire, la manœuvre est beaucoup plus facile. En coupant vers l'utérus on atteint vite le cul-de-sac péritonéal et souvent on

l'ouvre sans l'avoir prévu; en tous cas, le rectum est plus loin du bistouri que ne l'était la vessie tout à l'heure. »

Quelquefois pourtant l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur exige tout autant de précautions et donne tout autant de peine que celle du cul-de-sac antérieur. Des exemples malheureux (obs. XVI) prouvent que, malgré toutes les précautions prises, le rectum n'est pas toujours à l'abri des manœuvres prolongées et pénibles auxquelles on est parfois obligé de se livrer pour aller à la recherche du péritoine.

OBSERVATION XVI (résumée).

Epithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale. Incision difficile du cul-de-sac recto-vaginal. Perforation consécutive du rectum. Guérison. Par M. A.-H. MARCHAND.

F. D..., 42 ans. Est atteinte d'un épithélioma ulcéré occupant toute l'étendue du col utérin. La dégénérescence remonte très haut vers le corps de l'utérus. Les culs-de-sac antérieur et latéraux sont libres, le postérieur présente une certaine rigidité.

L'opération est pratiquée le 28 octobre 1885.

L'abaissement se fit bien. L'incision du cul-de-sac antérieur et le décollement de la vessie s'opérèrent rapidement et sans difficultés, mais le *cul-de-sac recto-vésical, oblitéré par d'anciennes adhérences, ne put être rapidement ouvert ; on ne parvint au péritoine qu'après une dissection assez difficile* pendant laquelle on veilla avec soin à éviter le rectum. Quelques vaisseaux donnèrent pendant cette dissection ; on arrêta provisoirement cette petite hémorragie avec des éponges phéniquées et des irrigations chaudes.

Le renversement de l'utérus se fit facilement ; les ligaments larges furent liés sans difficulté.

L'opération dura une heure un quart, y compris le pansement et l'application des pinces à forcipressure, après des tentatives prolongées et inutiles pour saisir isolément les vaisseaux et les lier. Ce fut ce contre-temps,

dû à l'hémorragie provenant de la paroi postérieure du vagin qui détermina indirectement l'accident par suite duquel la guérison fut retardée.

Dès le quatrième jour après l'opération, on constata que l'écoulement vaginal qui était absolument inodore le jour précédent, avait pris une teinte brune et contractait une odeur de sphacèle.

Le neuvième jour, des matières fécales sont rendues par le vagin et on put constater une *large perforation du rectum* siégeant très haut, au centre de la cavité opératoire.

Néanmoins la malade guérit. La plaie du rectum se cicatrisa. M. Marchand revit cette femme trois mois et demi après l'opération, elle ne présentait aucune trace de récidive.

Hâtons-nous d'ajouter que les accidents de ce genre sont heureusement fort rares.

Quant à la blessure directe du rectum, nous n'en connaissons pas un seul exemple chez les chirurgiens français. On pourra, du reste, se mettre en garde contre ce danger en prenant le soin d'introduire dans le rectum l'index de la main gauche ou encore en y laissant à demeure un instrument mousse de volume suffisant.

M. Trélat (1) cite le fait suivant : « Tout récemment un de » nos jeunes collègues des hôpitaux ayant commencé une opéra- » tion de ce genre et *éprouvant de très grandes difficultés pour* » *dégager la face postérieure de l'utérus,* je pratiquai le toucher » rectal et je rencontrai une grosse bride fixant l'organe à l'en- » ceinte pelvienne, *ce qui ne permit pas de continuer l'opération* » *commencée* ».

E. **Ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur.**

« Par l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin on entre » presque directement dans la cavité péritonéale, il ne peut donc

(1) Société de Chirurgie, 24 juin 1887.

» être question ici d'incision du cul-de-sac postérieur du péri-
» toine » (1).

Nous ne partageons point cette opinion. Nous connaissons en effet plusieurs cas dans lesquels l'ouverture de ce cul-de-sac a présenté de sérieuses difficultés (obs. II, X).

Dans l'opération relatée plus haut (obs. IX), M. le professeur Bodet nous en fournit un exemple auquel viennent s'ajouter le cas de M. Richelot (obs. XVII) et celui de M. Rochard. Nous ne saurions mieux faire que de transcrire ici les réflexions judicieuses dont M. le Dr Rochard a fait suivre l'observation que nous reproduisons plus loin (obs. XVIII).

« Une des questions les plus importantes de cette opération
» est l'ouverture des culs-de-sac vésico et recto-utérins. La règle
» en chirurgie est de s'attaquer d'abord à la partie la plus difficile.
» Aussi recommande-t-on de commencer l'isolement de l'utérus
» par le cul-de-sac antérieur. La réflexion du péritoine, à ce
» niveau, se fait plus haut que dans le cul-de-sac postérieur; on a
» donc à séparer l'utérus des organes environnants sur une plus
» grande étendue en avant qu'en arrière.

« Nous pensons pourtant que, chez beaucoup de malades, l'ou-
» verture du cul-de-sac postérieur présente beaucoup de difficultés.
» Chez les deux opérées que nous avons pu suivre de très près,
» la recherche et la section du cul-de-sac recto-utérin ont été très
» pénibles, tandis que l'ouverture du repli péritonéal vésico-
» utérin a été relativement facile. Aussi nous estimons que, dans
» certains cas, il est très utile de commencer par le cul-de-sac
» postérieur.

» En faisant la première incision demi-circulaire sur la partie
» postérieure et inférieure du col, on n'a pas l'inconvénient d'être
» gêné par le sang qui s'écoule de l'incision antérieure quand on a

---

(1) Gomet, thèse inaugurale, Paris 1886.

» commencé par elle, et qui vient masquer le champ opératoire. » C'est là un premier avantage qui, même dans les cas simples, » doit vous faire aller d'abord à la recherche de l'espace de » Douglas.

» Mais, il est un point beaucoup plus important, qui n'a pas » été, je crois, signalé et qui, cependant, nous semble devoir gui- » der le chirurgien dans la détermination du cul-de-sac par » lequel il doit commencer : c'est la situation de l'utérus. Quand » il est épithéliomateux, cet organe est toujours augmenté de » volume, quelquefois même dans des proportions considérables. » Son poids exagéré distend les ligaments qui le soutiennent et » le font basculer.

» L'utérus qu'on se propose d'enlever est donc très rarement » dans sa situation normale, mais, le plus souvent, en antéver- » sion ou en rétroversion. Chez la malade que nous avons opérée, » le corps de la matrice s'appuyait complètement sur la vessie.

» Il en était de même chez la femme opérée quelques mois » auparavant dans le même hôpital (obs. IX). On comprend faci- » lement qu'un degré aussi prononcé d'antéversion rejette le col » complètement aen rrière, l'applique contre le cul-de-sac vaginal » qu'il remplit, et rende l'incision de ce cul-de-sac très difficile. » De plus, le col porté en arrière attire avec lui le péritoine, » repousse cette membrane en arrière et en haut et l'éloigne du » bistouri de l'opérateur.

» Nous proposons donc de bien se rendre compte de la situation » de l'utérus avant l'intervention ; si cet organe est en antéversion, » ce qui doit arriver dans la majorité des cas, nous conseillons de » commencer l'opération par la recherche du cul-de-sac recto-uté- » rin; si, au contraire l'utérus est en rétroversion, on ira d'abord » ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin.

» L'abaissement de l'utérus ne modifie pas, autant qu'on pour- » rait le penser, les nouveaux rapports affectés par l'organe.

» La lésion de la vessie n'est pas plus à redouter que celle du » du rectum. Avec la précaution de mettre une sonde dans le » réservoir urinaire, pendant la recherche du repli péritonéal anté- » rieur, on peut se mettre à l'abri d'un accident. Nous conseillons » même de ne pas trop se porter du côté de l'utérus, par crainte » de la vessie, car, en agissant de la sorte, on décolle le péritoine » qui, appliqué sur un utérus malade, s'est épaissi, se laisse rele- » ver sans se déchirer, fuit devant le doigt, et devient de plus en » plus difficile à saisir ».

M. le professeur Demons qui, depuis longtemps avait été frappé des difficultés que présente si souvent l'ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur, recommande de diviser ce cul-de-sac de haut en bas après le renversement de l'utérus. Cette pratique excellente a été suivie par MM. Bodet et Rochard qui y ont été amenés par la nécessité. Nous estimons qu'elle mérite au plus haut degré de fixer l'attention des chirurgiens et nous ne saurions partager à son sujet l'opinion de M. Hache (1) qui semble la rejeter absolument.

OBSERVATION XVII

Cancer utérin. Hystérectomie vaginale. Récidive le 3e mois après l'extirpation. Par L. G. Richelot.

Mme C..., 35 ans, est malade depuis le mois de juillet 1886. Pendant 6 mois, elle a eu des pertes sanguines peu abondantes, mais continuelles; à partir de janvier 1887, l'hémorragie a fait place à un écoulement fétide. Quelques douleurs tolérables. Elle dit avoir maigri de 11 livres depuis 6 mois; cependant, elle est grasse, fraîche et bien portante.

Depuis le début de sa maladie, un de nos collègues des hôpitaux, qu'elle voyait environ tous les mois, appliquait à chaque visite un tampon iodoformé.

---

(1) Hache : *Revue des sciences médicales*, 1887, p. 736.

Au commencement d'avril, elle renonce d'elle-même à ce traitement, et consulte en mai le docteur Lamy, qui me prie de l'examiner. Je trouve un gros col peu ouvert, bourré de fongosités à sa face interne, et rongé à gauche de telle façon que l'ulcère affleure le cul-de-sac vaginal. Sauf ce point, tout est libre et l'utérus paraît très mobile, même à gauche, où on ne sent aucune bride, aucune induration tenant au ligament large.

Opération le 2 juin 1887, avec l'aide de MM. Quénu et Lamy, en présence de M. Defontaine, médecin en chef du Creusot; anesthésie par M. de Madec. *Le col est solide, mais l'utérus descend mal. La résection vaginale, faite après le décollement de la vessie, est longue et pénible à cause de l'étroitesse et de la profondeur du champ opératoire. Le cul-de-sac antérieur du péritoine, très haut situé, est ouvert après de longs efforts, destinés à l'atteindre sans risquer de perforer la vessie. Le cul-de-sac de Douglas, que j'ai décollé de l'utérus en faisant la résection vaginale en arrière, fuit le bistouri et n'est ouvert qu'après plusieurs tentatives.*

Le traitement des ligaments larges offre à son tour de sérieuses difficultés. Ma première pince, à droite, n'atteint pas le bord supérieur; la section au ras de l'utérus est laborieuse; cependant, mon index arrive à diriger une pince droite jusqu'à la corne utérine, ce qui me permet d'achever la section et d'attirer l'organe au dehors.

A gauche, la brièveté du ligament large m'oblige à insinuer trois pinces l'une après l'autre, et à les échelonner en coupant de proche en proche. La plus inférieure mord le tissu cancéreux qui touche au cul-de-sac vaginal; aussi, après l'ablation de l'utérus et l'achèvement de l'hémostase, me hâte-je d'appliquer une autre pince au-delà du tissu cancéreux visible; puis je détache la précédente et je résèque tout ce qu'elle avait saisi.

L'ovaire et la trompe gauches ont été enlevés. Il y a treize pinces à demeure, dont cinq sur les ligaments.

Durée de l'opération, une heure et demie.

La première journée et la première nuit sont bonnes. Mais le 3 juin, à 6 heures du soir, la malade est prise de coliques et de vomissements, avec ballonnement du ventre, comme si une péritonite suraiguë allait se déclarer. La garde a l'idée heureuse d'introduire une canule dans le rectum :

aussitôt débâcle, selles diarrhéiques, souplesse du ventre, soulagement complet, température 37°. J'enlève les pinces le même soir.

Dans le cours de la troisième semaine survient tout à coup une élévation thermique, avec douleur et ballonnement; mais, au bout de 24 heures, le rejet d'une escharre et d'une certaine quantité de pus met fin à ce petit orage. Au commencement de juillet, Mme C... part pour la campagne, avec une petite surface linéaire non cicatrisée; le toucher me fait sentir, à l'angle gauche de la plaie, un noyau dur et saillant. Est-ce un bourgeon charnu, ou quelque chose de plus grave?

Mme C... revient me voir en septembre. Elle a repris sa gaieté, son appétit et ses forces; depuis quelques jours seulement, elle a de petites douleurs insignifiantes, et me demande de l'examiner. Je constate, à n'en pas douter, un commencement de récidive : à l'angle gauche de la cicatrice, bien formée d'ailleurs, on voit une ulcération transversale, grande comme une pièce de 50 centimes, à bords déchiquetés, et sous la lèvre postérieure de l'ulcère, un petit noyau dur couvert par la muqueuse et de la grosseur d'un haricot.

Je comprends fort bien l'origine de cette récidive : le cancer affleurait à gauche le cul-de-sac vaginal; j'ai pu, non sans peine, placer ma pince au-delà des limites visibles de la tumeur, mais ce qui importe, ce sont les traînées lymphatiques, c'est la contamination invisible. Je ne puis trop le répéter : il faut savoir affronter de nouvelles difficultés et s'imposer un surcroît de fatigue, pour obéir, en somme, à un précepte vulgaire : tailler largement à distance de la tumeur, comme on le fait pour le cancer du sein ou pour celui des lèvres.

Convaincu que la récidive avait pour point de départ la paroi vaginale, je résolus de la poursuivre avant qu'elle n'eût gagné en profondeur. Je dis à Mme C... qu'il fallait l'endormir et la cautériser énergiquement pour achever la cicatrisation; puis, le 9 octobre, avec l'aide de M. le Dr Lamy et de M. Hallé, interne à l'hôpital Bichat, je disséquai l'ulcère et le noyau dur, en prenant les ménagements nécessaires pour ne pas blesser la vessie et le rectum. Derrière le noyau, je trouvai un nid d'épithéliome ramolli, que je grattai soigneusement avec la curette. Je m'arrêtai quand il ne vint plus une parcelle de tissu malade; il en résulta une cavité à parois bien

nettes, pouvant contenir la troisième phalange de l'index. Le 13 octobre, la cavité fut cautérisée au chlorure de zinc déliquescent ; le 16, elle avait bon aspect ; aujourd'hui, la malade se lève.

Ai-je tout enlevé radicalement, ou laissé dans les parois de ce petit foyer quelque traînée épithéliale ? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

OBSERVATION XVIII (résumée).

Epithélioma du col. Hystérectomie vaginale. Mort. Par M. le Dr E. Rochard.

Mme M..., ouvrière, 46 ans, entre à l'hôpital Saint-Charles de Rochefort, le 22 janvier 1887, avec la note suivante : « hémorragies utérines datant » d'environ deux mois ».

C'est une femme brune, de taille moyenne, sans antécédents morbides. Elle a eu 3 enfants ; ses couches ont été bonnes. La dernière remonte à 9 ans. Pas de maladies cancéreuses dans sa famille.

Les métrorrhagies ont apparu d'abord à l'époque des règles ; elles sont devenues bientôt considérables et intermenstruelles. La malade s'est affaiblie et garde le lit depuis deux mois.

Les hémorragies sont actuellement presque quotidiennes, suivies de pertes roussâtres. Douleurs continuelles siégeant aux lombes et s'irradiant vers les fosses iliaques et les cuisses.

Le fond du vagin est rempli par un champignon volumineux de la grosseur d'un œuf de poule. Le col est déformé, fongueux. Les culs-de-sac sont sains.

L'examen au spéculum confirme le diagnostic d'épithélioma du col.

Le corps de l'utérus se sent vaguement par le palper abdominal. Pas de ganglions lombaires.

L'hystérectomie vaginale a été pratiquée le 8 février 1887. La malade était soumise depuis une semaine à trois lavages vaginaux par jour avec la solution de Van Swiéten. Les précautions antiseptiques générales prises, on administre le chloroforme.

Entouré des conseils de mon maître, M. Duplouy, et de l'aide de mon ami, le Dr Bodet, qui a eu l'amabilité de me permettre de faire cette opé-

ration dans son service, je commence par vider la vessie et par faire dans le vagin une abondante irrigation antiseptique. Les valves placées, je saisis le col et l'attire doucement vers la vulve. L'abaissement se fait très bien et j'incise le cul-de-sac vaginal antérieur à un centimètre environ de l'insertion du vagin sur le col. Cette incision est prolongée sur les culs-de-sac latéraux. En me tenant toujours du côté de l'utérus, je décolle la vessie en me servant surtout du doigt, et j'arrive au repli vésico-utérin que je n'ouvre pas pour le moment.

Je me porte alors vers le cul-de-sac postérieur. L'incision en est rendue très difficile par le volume du col et par la bascule de l'utérus qui, en antéversion, applique le champignon épithéliomateux contre le sommet du cul-de-sac vaginal.

Je parviens cependant à décoller l'utérus du rectum, mais ne puis arriver sur le repli recto-utérin, qui a été porté en arrière par le renversement du fonds de l'utérus en avant.

Je me reporte alors vers le repli vésico-utérin que j'ouvre et que j'agrandis avec les doigts. Puis, pour ne pas prolonger l'opération, je saisis le sommet du corps de la matrice et la fais basculer en avant.

Je place alors ma première pince, longue et courbe, sur le ligament large gauche, et sur l'ovaire reconnu malade, mais ce ligament est saisi de haut en bas, au lieu d'être embrassé de bas en haut, comme j'en avais l'intention; puis, je le sectionne au ras de l'utérus.

Cet organe, attiré au dehors, me permet d'ouvrir facilement le repli recto-utérin, et, ce repli incisé, je place la seconde pince longue, cette fois dans la bonne position, c'est-à-dire l'extrémité des mors tournée vers le bord libre du ligament large. Cela fait, je sectionne ce ligament et place une dernière pince hémostatique sur la cloison vaginale postérieure. L'utérus libre de ses connexions est définitivement extirpé.

Cet organe a des proportions considérables; il pèse 140 grammes, c'est-à-dire 100 grammes de plus qu'un utérus normal.

Une légère injection vaginale est faite avec la solution de van Swieten; puis, le champ opératoire étant soigneusement nettoyé et saupoudré d'iodoforme, les pinces sont entourées de tampons imprégnés de la même substance antiseptique et introduites doucement dans la cavité vaginale.

La malade est restée une heure sous le sommeil chloroformique, et a perdu à peine 300 grammes de sang.

Suites de l'opération : Une demi-heure après l'opération, la température axillaire est de 35°9. On fait une injection sous-cutanée d'éther. Les vomissements commencent dans l'après-midi (injection de morphine, champagne frappé).

8 février soir : Douleurs dans le ventre qui n'est pas ballonné. La malade est sondée. Urine normale et assez abondante. Température, 36°8, pouls, 88.

9, matin : Douleurs vagues peu accentuées dans l'abdomen, pas de météorisme. Les vomissements continuent, mais n'ont pas l'aspect porracé. Température, 37°, pouls, 118.

9, soir : Les pinces sont enlevées au bout de 29 heures. Léger écoulement sanguin qui s'arrête par un léger tamponnement vulvaire..

Les vomissements n'ont pas diminué et sont toujours aqueux. Pas le moindre ballonnement, toujours quelques douleurs abdominales.

La malade cause et a toute sa connaissance, mais le pouls est très petit, les téguments sont pâles. Température, 37°6.

Vers 7 heures, l'agonie commence, et la malade s'éteint sans plaintes, dans le coma, vers 9 heures.

Autopsie : Rien à noter du côté de la vulve, du vagin, du rectum, de la vessie et des uretères.

Pas d'hémorragie dans le petit bassin, pas de liquide.

Quelques arborisations vasculaires et un peu de rougeur sur la partie de l'S iliaque qui vient obturer la plaie et s'oppose à la descente des circonvolutions intestinales.

Le péritoine est sain partout. En somme, pas de péritonite. Les ligaments larges ne sont pas tiraillés, ils occupent leur situation normale de chaque côté du bassin. La partie étreinte par les pinces longues est noirâtre, sphacélée sur une largeur d'environ un centimètre quelques caillots sur la surface de section.

La mort doit être attribuée au choc traumatique.

Nous pensons que désormais on n'est plus en droit de considérer l'ouverture de l'espace de Douglas comme un jeu. Elle constitue elle aussi une des difficultés nombreuses de cette Hystérectomie où tout est pénible. Insistons encore sur le conseil donné par M. Demons d'ouvrir ce cul-de-sac de haut en bas après renversement de l'utérus; on s'en trouvera bien, surtout lorsque les premières recherches n'auront pas permis d'atteindre l'espace de Douglas.

A ce sujet, M. le professeur Bodet qui a bien voulu, d'un bout à l'autre de ce travail, nous aider de sa grande compétence et de ses précieux conseils, nous a remis la note suivante que nous croyons devoir reproduire tout entière :

« On pourrait peut-être, lorsqu'on veut placer les pinces de » Richelot avant le renversement vers la vulve du fond de l'uté- » rus, suivre de propos délibéré la conduite imaginée par moi et » rechercher l'espace de Douglas en introduisant par dessus le » bord supérieur du ligament large, à travers le cul-de-sac anté- » rieur préalablement ouvert, un conducteur courbe qui fasse » bomber en arrière le péritoine et permette de le reconnaître aisé- » ment. En répétant cette manœuvre de chaque côté, on se crée- » rait facilement deux orifices pour les branches postérieures des » pinces longues et la section de la bande médiane de la séreuse, » après détachement et renversement de l'utérus, s'effectuerait » alors facilement. Cette manière de faire éviterait de longs tâton- » nements, raccourcirait la durée de l'acte opératoire et, par suite, » celle de la chloroformisation et celle de l'hémorragie immédiate. » Je n'hésiterais pas à la mettre en pratique si j'avais l'occasion de » pratiquer de nouveau l'Hystérectomie par la méthode française ».

5° *Hémostase et section des ligaments larges.*

C'est à Récamier, avons-nous dit en commençant, que revient l'honneur d'avoir, le premier, posé des ligatures sur les ligaments larges. Tous les chirurgiens qui avaient, avant lui, pratiqué l'ablation de l'utérus par la voie vaginale, avaient sectionné ces ligaments sans s'en préoccuper davantage.

Qu'on nous permette de jeter, hors de France, et à titre historique, un coup d'œil rapide sur tous les cas d'Hystérectomie authentiques connus avant Récamier, et d'examiner en deux mots les résultats obtenus :

1.	Sauter.....	22 janvier 1822....	Mort 4 mois après.....	Paralysie du poumon. La vessie avait été lésée.
2.	Hoelscher.....	5 février 1824.....	Mort 24 heures après....	Péritonite.
3.	Siébold.....	19 avril 1824.....	Mort 65 heures après....	Péritonite.
4.	Langenbeck..	11 janvier 1825....	Mort 32 heures après....	Péritonite.
5.	Siébold.....	25 juillet 1825.....	Mort le lendemain.....	Péritonite.
6.	Langenbeck..	5 août 1825.....	Mort 50 heures après....	Péritonite.
7.	Blundell.....	19 avril 1828.....	Mort un an après.....	Récidive.
8.	—	1828.	Mort 39 heures après....	On ne sait pas exactement les lésions trouvées à l'autopsie.
9.	—	—	Mort 9 heures après.....	
10.	—	—	Mort très promptement.	
11.	Banner.....	2 septembre 1828.	Mort 4 jours après.....	Péritonite.
12.	Lizars.....	2 octobre 1828.....	Mort 24 heures après...	
13.	Langenbeck..	1829.	Mort 14 jours après.....	

Sur ces 13 opérations antérieures à celles de Récamier, toutes ont été suivies de mort au bout d'un temps plus ou moins éloigné. Nous n'en voyons pas une seule dans laquelle l'hémorragie soit signalée comme la cause d'une issue fatale. Nous avons pourtant le droit d'admettre — tout en faisant la part de l'absence absolue d'antisepsie — que la plupart de ces nombreuses péritonites sont

dues à l'épanchement sanguin qui, infailliblement, a inondé le péritoine.

Cette simple énumération suffit donc à elle seule à établir d'une indéniable façon la supériorité de la méthode de Récamier en ce qui concerne le traitement des ligaments larges, puisque, en supprimant la cause de l'hémorragie, elle mettait jusqu'à un certain point à l'abri de la péritonite consécutive.

En publiant sa première opération, Récamier nous apprend qu'au moyen d'une sonde de Belloc, il a passé, au-dessus de chaque ligament, une ligature fixée ensuite avec un serre-nœud. L'hémostase fut satisfaisante. La malade guérit.

Dans la deuxième opération de Roux, les ligatures ne purent être convenablement placées. Il y eut hémorragie et mort. Nous reproduisons ici même, d'après Tarral, l'observation de ce fait malheureux, on comprendra mieux les difficultés que rencontra l'opérateur.

OBSERVATION XIX (résumée).

Hystérectomie vaginale. Hémorragie. Mort. Par Roux.

Femme de 38 ans, présentant des symptômes de dégénérescence cancéreuse commençante de l'utérus. Récamier et Roux pensèrent que le corps de l'utérus était d'un petit volume et libre d'adhérences. On suivit le procédé de Récamier.

Le décollement de la vessie fut long et pénible.

L'opérateur arrive au péritoine (*que les doigts ont beaucoup de peine à distinguer*), il l'ouvre et s'engage alors dans un autre temps de l'opération moins délicat que le premier, mais moins douloureux pour la malade, le renversement du corps de l'utérus en avant. L'opérateur s'était muni pour cela d'un double crochet, mais l'ayant trouvé beancoup trop gros, il fut réduit à se servir d'autres instruments moins convenables : ceux-ci, ajoutés à l'étroitesse du vagin et au volume de la matrice, rendirent extrêmement difficile son abaissement. Récamier vint au secours de l'opérateur, et il ne

tarda pas, après quelques efforts considérables, à faire sortir l'organe. Roux coupa ensuite les deux tiers des ligaments larges et parvint avec beaucoup de difficulté à appliquer deux ligatures sur le bout inférieur du ligament large. Dans la section du tiers inférieur du ligament large du côté gauche, on se rapprocha trop près du fil, qui, n'embrassant plus rien, sortit de la plaie. La matrice fut ensuite séparée du rectum et la section du vagin termina l'opération.

La malade perdit à peine 6 ou 7 onces de sang pendant l'opération qui dura de 28 à 30 minutes.

Dans la journée de l'opération, il y eut deux petites hémorragies. La mort survint le lendemain matin.

A l'autopsie on trouva 3 ou 4 onces de sang répandu dans la fosse iliaque droite et une petite quantité dans le bassin.

La ligature du côté gauche n'avait embrassé qu'une très petite portion du ligament large.

Dans la deuxième Hystérectomie qu'il pratiqua le 13 janvier 1830, Récamier ne fut pas plus heureux que Roux. Ici encore il y eut hémorragie malgré les ligatures et la malade mourut 33 heures après (1).

Avons-nous besoin d'insister sur ces faits ? Avons-nous besoin de rechercher si, dans les opérations qui ont été faites depuis cette époque, la ligature des ligaments larges a donné tous les résultats qu'on était en droit d'en attendre *a priori ?* Evidemment non ! Le court exposé que nous avons établi au début de ce travail nous dispense du soin de développer plus longuement les procédés nombreux qui ont été appliqués dans le but d'assurer l'hémostasie complète. Nous n'y reviendrons pas. Nous nous bornerons seulement à répéter que, jusqu'à ces derniers temps, tous les chirurgiens, à de rares exceptions près, employaient avec juste raison la méthode de M. Demons qui peut se résumer ainsi : placer sur

(1) Velpeau : *Médecine opératoire.*

chaque ligament large trois ligatures enchaînées à la soie ou au catgut.

Nous n'avons pas à décrire le manuel opératoire de cette manœuvre dans une étude qui est toute de critique et non de pratique opératoire. Mais nous avons à l'apprécier. En deux mots, on peut dire que la ligature des ligaments larges est toujours difficile et parfois inefficace.

La difficulté saute aux yeux. C'est à cause d'elle que certaines opérations se sont prolongées au-delà de deux heures. Même sur le cadavre, avec des utérus normaux, de petites dimensions, le passage des aiguilles est une manœuvre laborieuse. Combien l'est-elle davantage lorsque les voies génitales sont en quelque sorte obstruées par un organe volumineux dont les dimensions ont doublé et qui, au lieu de 45 à 50 grammes, pèse 100, 150 grammes et quelquefois plus? Si à cette première condition défavorable vient se joindre un non-abaissement ou un abaissement insuffisant de la matrice, on comprend que cette ligature soit impossible.

C'est à cause de cela que Schwartz a si nettement formulé ce précepte que l'impossibilité d'abaisser l'utérus constitue une contre-indication absolue à l'intervention.

La difficulté de la ligature n'est pas la même, il est vrai, pour les deux ligaments larges : c'est le premier seulement (côté droit) qui la présente au plus haut point.

Quand il a été lié et sectionné, en effet, l'utérus peut être amené presque en dehors de la vulve et la manœuvre devient relativement aisée pour le second. Mais ne suffit-il pas que l'un d'entre eux présente à l'application des fils des obstacles considérables pour qu'on soit en droit de regarder ce temps de l'opération comme très pénible?

Il y a plus encore; cette ligature peut se montrer inefficace, on en a vu des exemples (obs. X, XX). Quand on se représente l'étroitesse du champ opératoire, c'est-à-dire l'orifice vulvaire

obstrué en partie par le fonds de l'utérus, il devient évident qu'il est matériellement impossible de placer les fils loin des bords de la matrice. C'est presque contre eux que les anses de soie sont appliquées et serrées. Dès lors la section se fait aussi tout près d'elles ; les ligatures affleurent presque la tranche des ligaments et sont exposées à *déraper*.

Cet accident s'est produit et sa gravité est redoutable : des opérées en sont mortes.

On le voit, le danger est énorme et, malheureusement, il n'appartient pas toujours au chirurgien de s'en préserver ; ni l'attention, ni l'habileté, ni l'adresse n'y peuvent rien.

C'est un précepte absolu de placer les fils le plus loin possible des bords de l'organe, mais on les place, en réalité où l'on peut et pas toujours où l'on veut. Encore une fois le danger est très grand, très réel et, dans tous les cas, on ne peut en aucune façon l'éviter ; jamais on ne peut le prévoir.

On comprend dès lors comment, devant ces difficultés manuelles et ces hémorragies consécutives, des chirurgiens en sont venus à employer la forcipressure comme moyen d'hémostase préventive et comment M. Richelot a été conduit à préconiser « *l'emploi systématique des pinces à demeure et la suppression de toute ligature, non pas à titre d'expédient et dans les cas difficiles, mais toujours et comme procédé d'élection* ».

Théoriquement, l'application de ces pinces est d'une extrême facilité ; on les applique sur les ligaments comme un fer à tuyauter sur une étoffe, en les présentant ouvertes dans le vagin et faisant passer chacune de leurs branches par les déchirures antérieure et postérieure du péritoine. Le doigt, introduit au préalable jusqu'au dessus du bord supérieur du ligament large qu'il accroche, s'assure de la position des mors et constate qu'ils ont bien dépassé la limite des tissus à étreindre.

Et cependant, même ainsi, l'hémostase peut être difficile. Il

faut souvent plusieurs temps pour saisir et sectionner les ligaments (voir les obs. V et VII).

Au point de vue hémostatique les pinces sont, à coup sûr, supérieures aux fils; avec elles on n'a pas encore vu l'hémorragie se produire (v. pourtant l'obs. XX) mais elles présentent, à notre avis, quelques autres dangers.

Il faut remarquer d'abord la longueur de l'escharre produite et les inconvénients qui peuvent résulter de la présence de ces deux larges bandes de tissus mortifiés au niveau de la cavité péritonéale. L'antisepsie, nous le savons, atténue ce danger jusqu'à le rendre presque nul, mais il existe néanmoins et il est permis de le signaler.

Dans l'observation IX ces pinces ont produit un autre accident : c'est la mortification d'une bande longitudinale des tuniques musculaires du rectum. Le tamponnement du vagin, en écartant les anneaux des deux pinces, en avait rapproché les parties profondes et un pli superficiel de l'intestin avait été saisi entre elles. La muqueuse avait été épargnée, c'est vrai, mais elle eût pu être prise aussi et on voit les conséquences. Pour être isolé jusqu'à présent, ce fait n'en démontre pas moins la possibilité de l'accident, et, à ce titre, il devait aussi être signalé.

Un autre danger des pinces c'est la possibilité du pincement de l'uretère. Ce conduit passe à un centimètre ou un centimètre et demi au plus des parties latérales du col de l'utérus, les pinces ont elles-mêmes un bon demi-centimètre de longueur; pour peu qu'elles soient éloignées du bord de l'organe, elles sont au contact du conduit urinaire et on s'explique que ce conduit ait été parfois saisi, sinon dans les grandes pinces longues, au moins dans les pinces supplémentaires qu'on est assez souvent conduit à appliquer pour aveugler quelques bouches vasculaires (obs. XXII).

OBSERVATION XX (résumée).

Epithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale. Mort par hémorragie et péritonite consécutive. Par M. L.-G. Richelot (Thèse de dé Madec).

Herminie R..., 35 ans, est atteinte d'un épithélioma qui ne paraît pas avoir atteint les ligaments larges. L'utérus est mobile.

L'opération est faite le 8 août 1885.

La ligature des ligaments larges a été fort pénible et a demandé beaucoup de temps. L'opération a duré plus d'une heure et demie.

La malade a succombé le 11 août au soir.

On constata, à l'autopsie, une péritonite généralisée. Le petit bassin renfermait un grand verre de liquide épais, brun rougeâtre, mélangé de pus et de sang.

Les fils de soie entouraient mollement et sans l'étreindre le ligament large du côté droit.

OBSERVATION XXI

Cancer utérin. Hystérectomie vaginale. Application de pinces. Mort par hémorragie. Par L.-P. Richelot (Société de Chirurgie, 9 novembre 1887).

Elise L... a été opérée à la Pitié le 20 novembre 1886. A son sujet M. Richelot s'exprime ainsi : « Elise L... a été la victime d'une faute, » opératoire dont je m'accuse : pendant que je coupais l'insertion du pre- » mier ligament large, une pince était placée sur l'artère utérine de l'autre » côté ; au moment où j'attirais l'utérus hors de la vulve, la pince en ques- » tion lâcha prise ; je terminai l'opération, je regardai dans la plaie, et je » négligeai l'utérine qui ne donnait pas de sang parce qu'elle était rétractée, » mais qui en donna quand j'eus le dos tourné et produisit dans la journée » une hémorragie mortelle ».

OBSERVATION XXII

Epithéliome utérin. Hystérectomie vaginale. Pincement de l'uretère Récidive. Mort 5 mois après l'opération. Par L.-G. Richelot (Thése de R. de. Madec, p. 78).

Augustine F..., 31 ans, est atteinte d'un énorme épithélioma du col. Un énorme fongus remplit le vagin. Les culs-de-sac sont libres, sauf peut-être à droite où le tissu cancéreux semble se propager davantage.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée le 20 mai 1886.

L'utérus s'abaisse faiblement. Les premiers temps sont difficiles. On place une pince longue sur le ligament large du côté gauche, mais la section au ras de l'utérus s'effectue péniblement. Par suite de l'impossibilité de placer commodément la pince longue sur le second ligament large en dépassant les limites de la tumeur, l'opérateur se décide à tirer hors de la vulve l'utérus libéré à gauche et à placer, à droite, des pinces de différents modèles qui étreignent les parties dans tous les sens. L'organe est enlevé ainsi que l'ovaire droit et il reste six pinces appliquées sur le tissu cancéreux.

L'opération a duré une heure et quart.

Cinq jours après, écoulement notable d'urine par le vagin : *une des pinces a pris l'uretére du côté droit.*

Dès le 15 juin on sent dans la paroi du vagin en haut et à droite des nodosités mamelonnées et irrégulières. En juillet, ces nodosités ont augmenté de volume.

La malade a succombé cinq mois après l'opération.

6° Résection vaginale.

Nous croyons devoir dire quelques mots de ce temps supplémentaire introduit récemment dans la pratique.

Dans une intéressante communication sur le Manuel opératoire et les indications de l'Hystérectomie vaginale, M. Richelot proposait au Congrès de chirurgie (octobre 1886) la résection

d'une bande circulaire de la paroi vaginale dans le but de se mettre d'une façon plus certaine à l'abri de la récidive. Il conseillait alors cette manœuvre complémentaire dans le cas seulement où le cancer intéresse la face externe du museau de tanche.

Quelques mois plus tard, en mars 1887, ce chirurgien rendait compte à la Société de Chirurgie d'une hystérectomie vaginale qu'il venait de pratiquer et au cours de laquelle il avait, pour la première fois, appliqué cette résection.

Nous reproduisons cette observation avec le procédé employé par l'opérateur.

OBSERVATION XXIII (résumée).

Cancer utérin. Hystérectomie vaginale. Résection vaginale. Guérison.

Par M. L.-G. Richelot.

Mme B..., 52 ans, pertes rousses peu abondantes, non fétides. Epithélioma du col. Les lèvres du museau de tanche sont entamées circulairement. Les culs-de-sac sont libres, l'utérus mobile. Deux petits lobules cancéreux, gros comme des noyaux de cerise, parfaitement circonscrits, saillant sous la muqueuse, occupent la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane.

« Il faudra donc, dit M. Richelot, ajouter à l'Hystérectomie la résection » d'une large bande de la paroi postérieure, comprenant les tumeurs secon» daires. D'autre part, j'ai formé le projet d'appliquer, pour la première » fois, le précepte que j'ai déjà formulé dans ma communication au Con» grès de Chirurgie et reproduit à la Société de Chirurgie, le 29 décembre » 1886 : reséquer, à titre préventif, une bande circulaire de la paroi vagi» nale saine d'apparence, mais pouvant contenir histologiquement des ger» mes de récidive.

» Il y a là, vous le voyez, deux questions distinctes : résection préventive » et résection de nécessité. Je regrette que la seconde me soit imposée par » une circonstance qui peut modifier dans l'avenir les résultats que me don» nera la première. »

L'opération eut lieu le 27 février 1887. L'utérus descend mal, ce qui prolonge les premiers temps. Le décollement de la vessie n'offre aucune difficulté.

« Le col dégagé, je procède à la résection vaginale (après l'ablation de » l'utérus il serait trop difficile de manœuvrer au milieu des pinces). Je » saisis la paroi antérieure au niveau de la plaie et je la décolle avec le » doigt pour être bien sûr de ne pas toucher à l'uretère ; puis je retranche » avec des ciseaux courbes un centimètre de tissu en avant, à droite et à » gauche. Rien de plus facile que cette opération ; l'uretère n'est pas à » craindre, il suffit d'y penser ; j'aurais pu faire sans danger une résection » plus large, et sans doute je serai moins réservé à l'avenir. En arrière, je » taille hardiment pour enlever les deux lobules avec leur territoire ; la » manœuvre est encore plus simple que devant, car la paroi postérieure se » détache d'elle-même. »

L'opération est ensuite achevée suivant les règles ordinaires.

Elle a duré une heure un quart.

La malade était guérie de l'opération le 9 mars 1887.

Pas de nouvelles depuis.

« Je conseille la résection préventive d'une paroi vaginale qui » paraît saine, ajoutait M. Richelot, parce qu'il me semble que » c'est une duperie de parler d'extirpation complète et d'opération » large, radicale, quand on agit, sur un point du champ opéra- » toire, avec une parcimonie qui passerait pour un témoignage » d'ignorance dans une amputation du sein. »

Cette argumentation est certes séduisante, mais des faits malheureux ne viendront-ils pas la démolir ? Nous connaissons dans la pratique de M. Richelot 7 opérations d'Hystérectomie compliquées de résection vaginale, mais cette manœuvre préventive ne paraît pas jouir de l'efficacité rêvée par son auteur puisque déjà nous trouvons une récidive au troisième mois (Obs. XVII).

Quoi qu'il advienne de cette nouvelle méthode que nous voyons appliquer dans nos Observations I, IV, V, XIII, XXIII, et dont

nous donnons ci-dessous un nouvel exemple (Obs. XXIV), disons en quelques mots comment M. Richelot conseille de procéder à son exécution.

Dans ses premières opérations, M. Richelot faisait la résection vaginale aussitôt après le décollement de la vessie, afin de ne pas être gêné plus tard par les pinces qui encombrent le champ opératoire. Mais il reconnut bientôt que ses craintes étaient chimériques. A lui seul, en effet, l'utérus constitue un corps étranger plus gênant que les pinces. En outre, la résection vaginale entraîne une hémorragie qu'on arrête seulement au moyen de pinces nombreuses. Le sang épanché et ces pinces supplémentaires se dressent, dès lors, comme des obstacles sérieux et s'opposent à la rapide exécution des dernières manœuvres. Il est donc préférable de ne pratiquer la résection qu'après l'extirpation complète de l'utérus, alors que, suivant l'expression de M. Richelot, l'opération étant terminée, on donne plus volontiers un dernier effort.

Nous n'ajouterons rien à ce que nous disions tout à l'heure de l'efficacité de cette manœuvre préventive. Les cas où elle a été appliquée sont trop récents et trop peu nombreux pour que l'on puisse se prononcer sur elle en toute connaissance de cause. Bornons-nous à constater qu'à toutes les difficultés et à tous les dangers dont est marqué chacun des temps de l'Hystérectomie, la résection d'une bande circulaire vient en ajouter de nouveaux.

Les uretères, quoi qu'en dise M. Richelot, ne sont pas des unités absolument négligeables. Si les auteurs les mentionnent toujours, ce n'est pas seulement *parce qu'ils ont peur* (1). Le danger est réel, incontestable, et M. Richelot lui-même n'a pas pu l'éviter (Obs. XXII).

---

(1) Congrès français de chirurgie, session de 1886, p. 380.

OBSERVATION XXIV

Cancer utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. L.-G. Richelot.

Mme B..., 34 ans, vient à l'hôpital Bichat sur la recommandation de M. le Dr Creyx. Depuis un an, elle a des pertes sanguines insignifiantes ; depuis un mois, quelques douleurs dans le ventre et dans les reins et des pertes blanches sans odeur. L'état général est très bon ; elle semble avoir eu autrefois un abcès péri-utérin.

Le col est gros, largement ouvert, végétant à sa face interne ; ses lèvres sont érodées, mais il a encore une certaine longueur ; partout on le contourne sans difficulté, les culs-de-sac sont souples et l'utérus mobile.

Opération le 1er août 1887, avec l'aide de MM. Péraire et Hallé, internes du service. L'utérus descend médiocrement ; le décollement de la vessie est un peu long ; quand j'ai ouvert le cul-de-sac antérieur du péritoine, mon doigt sent et déchire quelques brides celluleuses qui paraissent insérées sur le fond de l'utérus ; en arrière, après l'incision du cul-de-sac de Douglas, il faut littéralement décoller l'utérus, mollement adhérent aux parties voisines.

Le placement de la première pince est un peu difficile, à cause de l'embarras que j'éprouve à retrouver la déchirure antérieure et à sentir sous mon doigt la surface lisse du péritoine. L'utérus, extrait par son bord droit, attire un large lambeau d'épiploon qui lui adhère, et que je résèque au dessous d'un fil de soie. Je ne vois ni les ovaires, ni les trompes, et je ne m'attarde pas à leur recherche, car l'opération a été longue et assez laborieuse. Quarante-cinq minutes pour l'ablation de l'utérus, vingt minutes pour la résection vaginale, l'hémostase et le pansement. Dix pinces à demeure, dont quatre sur les ligaments.

Pour la première fois, j'ai fait la résection vaginale après l'extirpation. Je croyais à tort que la présence des pinces la rendrait plus difficile ; au contraire, la présence de l'utérus est plus gênante ; les pinces supplémentaires que la résection nous force d'appliquer, obstruent le champ opératoire et contrarient la suite des manœuvres. Le meilleur moment pour attaquer la paroi vaginale est celui où, sentant l'opération terminée, on donne plus volontiers un dernier effort.

Incident dramatique le soir même de l'opération, une infirmière, s'approchant de la malade pour la sonder, met le feu aux rideaux de son lit. Prise de frayeur, l'opérée se lève et court à travers la salle ; on l'entoure, on la remet au lit, elle se calme .. et ses dix pinces tiennent toujours. Le lendemain matin, elle a 37°, et aucun accident ne se produit ; au bout de huit jours, elle voudrait se lever ; le 22 août, trois semaines après l'opération, elle quitte l'hôpital malgré nos avis, ayant encore une plaie vive en infundibulum. Je l'ai revue en septembre, la plaie est fermée et tout est souple autour de la cicatrice. (*Union Médicale*, 23 octobre 1887).

7° *Traitement de la plaie.*

Nous n'en dirons qu'un mot. L'emploi des pinces à demeure presque unanimement acceptées en France nous dispense de parler longuement des nombreux procédés relatifs à la suture du péritoine, à celle de la plaie sus-vaginale et au drainage. Cette étude n'aurait pour nous qu'un intérêt rétrospectif, puisque nous admettons dans l'immense majorité des cas l'usage des pinces longues de Richelot.

Avec ces pinces il n'est plus besoin de s'occuper d'une suture vaginale. D'ailleurs, ainsi que le dit si justement M. Le Fort, cette suture peut être plus nuisible qu'utile, puisque, derrière elle, on laisse du côté de l'abdomen une plaie péritonéale béante par laquelle le suintement séro-sanguin qui peut se produire pénètre, avec tous les dangers consécutifs, dans la cavité de la séreuse.

Dans les cas mêmes où on n'utilise pas les pinces, il nous paraît préférable de s'abstenir de toute suture. La sortie de l'intestin par l'ouverture faite au péritoine ne nous paraît pas à craindre. D'abord, cette ouverture est très petite ; si nous en croyons M. Trélat, cité par Gomet, elle atteint à peine trois centimètres de diamètre. Ensuite la vessie est là qui, par sa réplétion, vient diminuer les dimensions de cette ouverture. Enfin,

dans l'autopsie relatée à la fin de notre observation IX, nous avons vu l'ouverture vaginale obturée par une anse de l'S iliaque. Cette disposition était-elle purement accidentelle? Nous ne le croyons pas et nous pensons, au contraire, avec M. Bodet, qu'elle explique la rareté de la hernie de l'intestin.

Nous ne suturerons donc pas la plaie, nous ne la drainerons pas davantage, les pinces nous dispensant de ce soin.

Quant au pansement, tous les chirurgiens sont unanimes à son sujet : tampons iodoformés remplissant le vagin, lavages discrets désinfectants. C'est l'antisepsie la plus rigoureuse, la plus minutieuse, la plus attentive qui doit en faire tous les frais. M. Bouilly (1) a vu une de ses malades emportée par une *péritonite consécutive* à une antisepsie insuffisante.

En résumé : 1° *L'antisepsie préalable* s'impose d'une manière absolue. Elle doit être surveillée de la façon la plus attentive si l'on ne veut s'exposer aux dangers d'une septicémie redoutable (obs. I).

2° *La dilatation de la vulve et du vagin* sera souvent d'une impérieuse nécessité, l'étroitesse de ces parties créant les plus grandes difficultés pour mener à bien l'opération (obs. II).

3° *L'abaissement de l'utérus* est indispensable pour la bonne exécution des manœuvres consécutives. Le non-abaissement peut rendre l'opération impraticable, et, dans tous les cas, il met le chirurgien aux prises avec les plus grands embarras (obs. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 22).

4° *L'incision du cul-de-sac vaginal antérieur* facile quand l'utérus a été abaissé, devient très laborieux dans le cas contraire (Obs. 3, 4, 5, 7, 8, 9 et 10). Il y a danger de blesser la vessie et l'uretère.

5° *Décollement de la vessie*. — Souvent très pénible et plein de

---

(1) Maurice Hache : *Loco citato.*

dangers. Des accidents nombreux le démontrent (Obs. 3, 11, 12, 13, 19).

6° *Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.* — Facile à trouver sur le vivant ou dans les cas les plus simples, ce cul-de-sac se dérobe souvent aux recherches. Pour l'inciser on éprouve beaucoup de peine et l'on court les risques de perforer la vessie (Obs. 2, 7, 12, 14, 15, 17).

7° *Incision du cul-de-sac vaginal postérieur.* — Elle est souvent très laborieuse et peut faire courir des risques au rectum, non pas seulement d'une façon directe, mais consécutivement, par suite des manœuvres prolongées auxquelles on s'est livré (Obs. 16).

8° *Ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur.* — Souvent très difficile, malgré l'opinion généralement admise (Obs. 2, 9, 10, 17, 18).

9° *Hémostase et section des ligaments larges.* — Hérissé de difficultés et de dangers avec la ligature quelle qu'elle soit, ce temps de l'opération a été notablement simplifié et ses conséquences redoutables ont été considérablement diminuées par l'application de la forcipressure. Cette nouvelle méthode ne met cependant pas à l'abri de tout danger (Obs. 5, 7, 9, 10, 19, 20, 21, 22).

10° *Résection vaginale.* — Pratiquée dans le but d'enlever les chances de récidive, elle augmente encore la durée d'une opération déjà bien longue. Son efficacité est en outre problématique ainsi que l'Observation XVII nous en fournit un exemple.

DEUXIÈME PARTIE

Nous venons de passer en revue les difficultés que le chirurgien a dû vaincre et les dangers qu'il a affrontés pour mener à bonne fin l'opération laborieuse qui fait le sujet de cette étude; examinons maintenant si les résultats qu'il va obtenir sont en rapport avec cette longue suite d'obstacles et de périls.

1° Mort; 2° Récidive; 3° Guérison définitive, telles sont les trois terminaisons de l'ablation totale de l'utérus par la voie vaginale. Etudions-les successivement en quelques lignes rapides et nous nous ferons une idée exacte de la valeur curative de cette opération, autant du moins que nous le permettent les renseignements consécutifs fournis par les opérateurs. Les faits que nous avons pu recueillir dans la pratique française sont relativement peu nombreux mais ils n'en constituent pas moins une base suffisante sur laquelle nous croyons pouvoir solidement étayer notre jugement.

MORT.

Trois causes peuvent amener la mort quelques heures ou quelques jours après l'opération : le *choc opératoire,* l'*hémorragie,* la *péritonite*. Nous pourrions citer encore la septicémie, mais elle est si bien liée à la péritonite dans ses causes et dans ses effets que nous la confondons tout à fait avec elle.

Choc opératoire. — De ces trois accidents mortels le plus fréquent est assurément le *choc opératoire*. Et cela se comprend. Le retentissement que doivent avoir sur le système nerveux les manœuvres prolongées et pénibles d'une opération qui dure en

moyenne plus d'une heure chez des organismes le plus souvent débilités par l'affection cancéreuse, suffirait à lui seul à nous expliquer ces issues fatales. Mais il ne faut pas oublier non plus le chloroforme sous l'influence duquel des opérées restent parfois plusieurs heures. Ces deux grands facteurs ont emporté plus de malades que la péritonite et l'hémorragie réunies.

Dans les observations que nous avons recueillies çà et là et que nous relatons dans le cours de ce travail, nous avons rencontré 25 morts et sur ces 25 morts, onze, c'est-à-dire près de la moitié sont le fait du collapsus.

Nous réunissons tous ces faits ci-dessous.

Hémorragie. — Autant l'hémorragie qui emportait les malades quelques heures après l'opération était fréquente avant qu'on eût songé à l'hémostase définitive, autant les cas où elle se présente deviennent rares à mesure que se perfectionnent les procédés destinés à rendre plus parfaite cette hémostase. Les pinces à demeure, malgré les inconvénients qu'elles présentent et que nous avons signalés plus haut, nous semblent être pour le moment le moyen le plus certain et le plus rapide de parer aux accidents. On les enlève au bout de 24 ou de 36 heures. Après ce temps, en effet, l'hémostase peut être considérée comme définitivement assurée. Nous estimons cependant qu'il faut tenir compte, dans une large mesure, des hémorragies consécutives ou plutôt de ces suintements du liquide sanguin qui s'épanchent insensiblement dans la cavité péritonéale et peuvent provoquer des complications de péritonite mortelle. MM. Verneuil et Trélat nous ont victorieusement démontré le rôle de la septicémie dans ces hémorragies secondaires ; plus l'asepsie est complète, plus l'hémostase est rapide, absolue et définitive, c'est donc à l'antisepsie qu'il faudra s'adresser pour se prémunir contre ces accidents.

Péritonite. Dans l'ordre de fréquence la péritonite vient immédiatement après le *choc opératoire* ; mais, ainsi que nous le disions tout à l'heure, on peut, dans un grand nombre de cas, sinon dans

la plupart, en faire remonter la cause à des hémorragies secondaires. Nous pouvons donc dire, d'une façon absolue, que grâce aux grands progrès introduits dans les méthodes de pansement, grâce à l'antisepsie à peu près parfaite qui entre en jeu désormais malgré les difficultés d'application que nous avons signalées au commencement de ce travail, la péritonite devient de moins en moins redoutable et l'on peut même, sans être taxé d'exagération, espérer la voir disparaître à peu près complètement à mesure que se perfectionneront les moyens employés contre son éclosion.

Onze cas de mort par *choc opératoire*.

1. Observation VI, par M. Péan. Mort le 2e jour.
2. — VII, par M. Richelot. Mort le 3e jour.
3. — VIII, par M. Demons. Mort dans la nuit.
4. — IX, par M. Bodet. Mort le 2e jour.
5. — XI, par M. Richelot. Mort le lendemain.
6. — XII, par M. Roux. Mort 36 heures après.
7. — XVIII, par M. Rochard. Mort le lendemain.

8. OBSERVATION XXV (résumée).

Epithélioma du corps propagé aux ligaments larges. Hystérectomie vaginale. Mort. Par M. Péan.

Mme P..., 62 ans, est atteinte d'une tumeur maligne du corps de l'utérus. M. Péan pratique l'ablation totale de l'organe le 21 août 1885.

La dissection du corps de l'utérus est rendue très laborieuse par le ramollissement des tissus. La base du ligament large droit est envahie par le néoplasme.

L'opération a duré deux heures. Les ovaires et les trompes ont été enlevées.

La malade mourut subitement le 3e jour.

9. OBSERVATION XXVI (résumée).

Cancer du l'utérus. Hystérectomie vaginale. Mort. Par M. Le Dentu.

Joséphine H..., 33 ans, est atteinte d'un épithélioma du col utérin vraisemblablement propagé à la muqueuse du corps.

M. Le Dentu se décida à pratiquer l'Hystérectomie vaginale qui fut faite le 20 octobre 1885 et dura deux heures cinq minutes.

Douze heures environ après l'opération la malade succombait dans le collapsus.

(Les observations 25 et 26 sont empruntées à la thèse de Gomet).

10. OBSERVATION XXVII.

Epithélioma de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Mort le 5e jour. Par M. Trélat. (Société de Chirurgie, 26 janvier 1887).

« Ma troisième malade, âgée de 60 ans, atteinte d'un épithélioma déjà avancé, a voulu courir les dernières chances du salut. Sans péritonite, sans élévation notable de température, elle a succombé le 5e jour dans des alternatives de coma et d'agitation ».

11° Nous n'avons pas l'observation de ce 11e cas survenu chez une opérée de M. Labbé, mais il a été signalé par M. Le Fort dans son rapport à l'Académie.

Cinq cas de mort par hémorragie.

1. Observation X, par M. Terrier. Mort le 6e jour.
2. — XIX, par M. Roux. Mort le lendemain.
3. — XX, par M. Richelot. Mort le 3e jour.
4. — XXI, par M. Richelot. Mort le jour même.
5. Un cas dû à M. Bouilly et signalé par M. M. Hache. La malade mourut par un abondant suintement sanguin provenant des masses cancéreuses laissées en place.

Cinq cas de mort par péritonite.

1. OBSERVATION XXVIII (résumée).

Cancer du col. Hystérectomie vaginale. Mort. Par M. le Dr Dudon (thèse de Doche).

Marguerite D..., 26 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Atteinte de cancer du col de l'utérus. L'utérus est mobile, les culs-de-sac libres, le vagin sain, l'état général satisfaisant.

L'opération est pratiquée le 14 avril 1883.

Mort le 5e jour par péritonite.

2. OBSERVATION XXIX (résumée),

Cancer du col. Hystérectomie. Mort. Par M. le Dr Demons (thèse de Doche).

Catherine B..., 42 ans.

La lésion et l'opération ne présentent rien de particulier. La malade meurt, trois jours après l'opération, de péritonite aiguë.

A l'autopsie, on trouve une éponge dans l'abdomen : on avait compté les éponges avant l'opération, et lorsqu'elle fut terminée, on demanda à l'aide qui en était chargé s'il avait le compte ; il répondit affirmativement. Telle fut la cause de ce déplorable accident.

3. OBSERVATION XXX

Hystérectomie vaginale pour cancer. Mort de péritonite le 5e jour. Par Rohmer (de Nancy).

Femme de 32 ans. Epithélioma du col paraissant avoir débuté en décembre 1885. Entre à l'hôpital en mai 1886, pâle et affaiblie, mais non cachectique. La tumeur forme sur le col un champignon saignant, les culs-de-sac sont libres, l'utérus mobile. Opération le 9 juin.

Après l'incision du cul-de-sac antérieur, M. Rohmer cherche à faire basculer l'utérus, suivant le conseil des chirurgiens de Bordeaux, mais il ne peut y réussir qu'après avoir ouvert le cul-de-sac postérieur. Section des ligaments larges de chaque côté entre deux ligatures en masse. Lavage au sublimé. Pansement avec la gaze iodoformée, en laissant à demeure quelques pinces sur des artéres vaginales.

Le pansement est renouvelé le lendemain et le quatrième jour et on fait chaque fois de grands lavages au sublimé. Les pinces sont enlevées le troisième jour. La malade meurt le cinquième jour après s'être affaiblie progressivement.

A l'autopsie, on trouve une cavité contenant environ 20 grammes de pus et quelques caillots, et limitée en haut par les anses intestinales agglutinées, et en bas par la plaie vagino-péritonéale.

4° Un cas de M. Bouilly, cité par M. M. Hache, la malade mourut d'une péritonite consécutive à une petite déchirure de la vessie.

5° Un cas de M. Bouilly, cité par M. M. Hache; la mort survint par péritonite due à une antisepsie suffisante.

Dans la thèse de Gomet (p. 145), nous trouvons encore quatre Hystérectomies vaginales suivies de mort. Mais nous n'avons aucun renseignement sur les causes qui l'ont amenée.

C'est donc un total de 25 morts consécutives à cette opération. Nous les réunissons dans le tableau suivant.

CANCER DE L'UTÉRUS

Hystérectomie vaginale suivie de Mort

	OPÉRATEURS	DATE DE L'OPÉRATION	CAUSES DE LA MORT
1	Roux.	1829.	Choc opératoire : Mort 36 heures après.
2	Péan.	28 décembre 1882.	» Mort le 2e jour.
3	Demons.	»	» Mort dans la nuit.
4	Péan.	21 août 1885.	» Mort le 3e jour.
5	Le Dentu.	20 octobre 1885.	» Mort le jour même.
6	Richelot.	9 septembre 1886.	» Mort le 3e jour.
7	»	5 octobre 1886.	» Mort le lendemain.
8	Bodet.	5 octobre 1886.	» Mort le 2e jour.
9	Trélat.	»	» Mort le 5e jour.
10	Rochard.	8 février 1887.	» Mort le lendemain.
11	Labbé.	»	»
12	Roux.	1829	Hémorragie : Mort 24 heures après.
13	Terrier.	8 juillet 1885.	» Mort 6 jours après.
14	Richelot.	8 août 1885.	» Mort le 4e jour.
15	»	20 novembre 1886.	» Mort le jour même.
16	Dudon.	14 avril 1883.	Péritonite : Mort le 5e jour.
17	Demons.	juin 1883.	» Mort 3 jours après.
18	Rohmer.	9 juin 1886.	» Mort le 5e jour.
19	Bouilly.	cité par Hache.	»
20	»	»	»
21	»	»	Hémorragie :
22	Gillette.	cité par Gomet.	la cause n'est pas signalée.
23	Marchand.	»	»
24	»	»	»
25	Pozzi.	»	»

RÉCIDIVE

« Il est évident que ce ne serait pas un progrès que de précipiter » par une opération la mort d'un quart des malades, si les trois » quarts survivantes devaient ultérieurement mourir aussi sûre- » ment et aussi rapidement que si l'opération qui avait mis leur » vie en si grand danger n'avait pas été pratiquée. »

Ces paroles de M. Le Fort sont bien près d'exprimer dans toute sa cruelle vérité l'opinion que nous nous faisons de l'opération qui fait le sujet de cette thèse. Les *observations* qui précèdent permettent déjà de se demander si l'on est fondé à considérer l'ablation totale de l'utérus par la voie vaginale comme une opération d'avenir. Dès les premières lignes de ce travail, nous avons nettement déclaré que les difficultés qu'on éprouve à pratiquer l'Hystérectomie, l'empêcheraient d'être jamais autre chose qu'une opération de haute école chirurgicale réservée à quelques-uns seulement. En pourrait-il être autrement quand on la voit demander parfois 3 et 4 heures d'efforts entre les mains de chirurgiens qui s'appellent Demons, Péan, Terrier et Richelot ? Si encore un succès définitif couronnait ces efforts ! Hélas ! les faits sont là, nombreux et indéniables qui prouvent combien un pareil espoir est chimérique ! Combien le serait-il davantage si tous les chirurgiens qui ont fait l'opération de Récamier avaient pu suivre leurs opérées et nous tenir au courant des résultats éloignés ?

Nous avons déjà, dans nos observations XVII et XXII cité deux exemples de récidive. Ces deux opérations ont été faites par M. Richelot.

1° Dans la première (obs. XVII), malgré le soin pris par l'opérateur de réséquer une portion de la paroi vaginale, un noyau de récidive se manifestait à la fin du premier mois. Au 3e mois, la récidive était flagrante et M. Richelot se mettait en devoir de pro-

céder à l'ablation du noyau cancéreux derrière lequel il trouva un *nid d'épithéliome ramolli* qu'il gratta minutieusement. Si nous en croyons M. Hache, ces opérations secondaires donnent des résultats absolument mauvais et paraissent devoir être absolument abandonnées.

2° Chez la femme qui fait l'objet de l'observation XXII, l'uretère du côté droit avait été saisi dans une pince ; des nodosités suspectes firent leur apparition dès la 4e semaine et la malade mourut au 5e mois ayant toujours, pendant ce temps-là, perdu une partie de ses urines par le vagin.

Citons maintenant les autres cas de récidive qui sont venus à notre connaissance.

OBSERVATION XXXI (résumée).

Cancer de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Récidive. Mort un an après l'opération. Par J. C.-A. Récamier.

Femme de 50 ans, ayant eu 3 enfants. A 49 ans, les règles diminuent et deviennent irrégulières. Douleurs lombaires. Bientôt survint un écoulement sanieux et fétide.

Entrée à l'Hôtel-Dieu le 23 juillet 1829. Il n'y a plus trace de la lèvre postérieure du museau de tanche détruite par un ulcère fongueux qui s'étend jusque sur la paroi recto-vaginale.

L'utérus est mobile. La malade ne présente pas de cachexie cancéreuse.

L'opération eut lieu le 26 juillet et dura 20 minutes. Il n'y eut pas d'hémorragie.

La guérison s'effectua sans incidents. La malade sortit de l'hôpital 45 jours après l'opération ; la cicatrisation était complète.

« La malade de Récamier, qui parut si parfaitement guérie, succomba » à la fin de la première année de sa cure » (Sédillot).

OBSERVATION XXXII (résumée).

Carcinome utérin. Hystérectomie vaginale. Récidive six mois après.
Par M. le Dr Demons.

Jeanne N..., 30 ans ; rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels, accuse depuis 2 ans des pertes blanches très abondantes, sans douleur aucune et sans retentissement sur la santé générale. Depuis un an pertes sanguinolentes, douleurs vagues dans l'abdomen ; affaiblissement et grand amaigrissement. Entre à l'hôpital pour une métrorrhagie. Le col de l'utérus est gros, induré, la lèvre antérieure paraît plus malade. Les culs-de-sac sont libres. L'utérus paraît être en place, il est mobile, bien séparé de la vessie et du rectum. Le fond de l'utérus régulier, lisse, dépasse, un peu le bord supérieur du pubis; on ne sent pas de ganglions dans l'abdomen.

Opération le 9 décembre 1882. Guérison malgré des symptômes graves de péritonite et de cystite.

Récidive six mois après, à l'extrémité droite de la cicatrice (Thèse de Doche).

5° OBSERVATION XXXIII (résumée).

Extirpation totale de l'utérus par le vagin pour un carcinome. Récidive au 6e mois. Mort au 12e. Par M. le Dr Mandillon (Thèse de Doche).

Mme X..., 35 ans; une seule grossesse. Depuis un an environ elle a des ménorrhagies très abondantes et depuis 3 mois des métrorrhagies. Col dur, bosselé, volumineux, saignant au moindre contact, paraissant envahi dans la région sus-vaginale.

Parois vaginales et cul-de-sac sains.

Opération le 22 février 1883. Guérison.

Récidive au 6e mois. Mort au 12e.

6° OBSERVATION XXXIV (résumée).

Epithélioma de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Récidive au 5e mois.
Par M. Tillaux.

A... (Marguerite), 21 ans. Un premier accouchement à 15 ans. Elle entre à l'hôpital souffrant depuis longtemps déjà mais surtout depuis 6 mois de pertes continuelles de sang et de matière sanieuse à odeur fétide.

Le col est complètement détruit. Ses parois sont anfractueuses et indurées. Culs-de-sac absolument libres.

Opération le 2 juin 1885.

La malade sort de l'hôpital, guérie le 1er juillet.

M. M. Hache nous a appris qu'il y avait eu récidive au 5e mois.

7° OBSERVATION XXXV

Mme C... atteinte de cancer utérin a été opérée par M. Terrier (Hystérectomie vaginale), le 30 mars 1886. Elle fut revue le 28 juin de la même année ; à cette date existait au fond du vagin une exulcération de la cicatrice, présentant en son milieu une double ligature de soie, venant des ligaments larges. A la fin de juillet 1886 l'ulcération n'existait plus, mais il y avait une induration suspecte en arrière de la cicatrice.

Le 22 février 1887, Mme C... était en traitement à l'hôpital de Luxeuil, ayant une fistule recto-vaginale due à la récidive de son épithélioma.

(Soc. de Chirurgie, 2 mars 1887).

8° OBSERVATION XXXVI (résumée).

Epithélioma du col, envahissant un peu le vagin à droite. Utérus fibromateux. Hystérectomie vaginale. Guérison de l'opération. Récidive de l'épithélioma au bout de quatre mois. Par M. le Dr Terrier. Soc. de Chirurgie, 2 mars 1887).

Maria Nantier, 36 ans, entre à l'hôpital Bichat le 16 juin 1886. Elle a eu, à la fin de mai, une hémorragie qui a duré dix jours. Amaigrissement. Constipation avec ténesme rectal. A eu un peu de dysurie il y a deux ou trois mois.

Le col utérin regarde en arrière ; il est difficile d'atteindre le cul-de-sac vaginal postérieur. Col fongueux, bourgeonnant. La dégénérescence s'étend en arrière et à droite jusqu'aux insertions vaginales. Le cul-de-sac antérieur est large.

Le col est mobile sur le rectum. Pas d'induration du côté des lombes, ni du côté de la fosse iliaque droite.

L'hystérectomie vaginale est faite le 9 juillet 1886.

L'opération dura une heure vingt-cinq minutes.

Les suites ne présentèrent rien de particulier. Le 16e jour pourtant la malade se plaignait de pesanteur dans le petit bassin et de douleurs lancinantes du côté de la fosse iliaque droite. On attribua à l'époque menstruelle probable ces phénomènes qui, du reste, disparurent au bout de quatre jours.

Mlle N... quitte l'hôpital le 8 avril 1886. Etat général excellent. Pas traces d'écoulement vaginal.

Le 29 novembre, la malade revient à l'hôpital se plaignant de douleurs vives vers les lombes et la fosse iliaque à droite.

La cicatrice vaginale est ulcérée à droite. La paroi vésico-vaginale est indurée et certainement dégénérée.

Amaigrissement.

Le 1er mars 1887 les douleurs sont toujours vives; il y a eu plusieurs hémorragies assez abondantes. Toute la paroi vésico-vaginale est indurée et en voie de dégénération épithéliale.

9. OBSERVATION XXXVII

M. Paquet (de Lille) envoie à la Société de Chirurgie, le 9 mars 1887, une observation d'Hystérectomie totale vaginale suivie de guérison. Le 18 mai suivant, en communiquant à la Société une nouvelle observation que nous rapportons plus loin (Obs. XLVII), M. Paquet annonçait que sa première opérée avait survécu 4 mois seulement à l'Hystérectomie. Il y avait eu récidive du cancer.

A ces 9 cas de récidive ajoutons :

10 et 11. Deux opérées de M. Labbé, signalées dans la *Revue*

de Chirurgie (décembre 1887). L'une est morte de récidive après 3 mois, l'autre au deuxième mois.

12 et 13. Les deux opérées que M. Tédenat signalait au Congrès de Chirurgie (section de 1886) et chez lesquelles la récidive s'est produite à 6 semaines et à 3 mois.

CANCER DE L'UTÉRUS

Hystérectomie vaginale suivie de Récidive

	OPÉRATEURS	DATE DE L'OPÉRATION	APPARITION DE LA RÉCIDIVE
1	Récamier.	26 juillet 1829.	1 an après. — Mort.
2	Demons.	9 décembre 1882.	6 mois après.
3	Mandillon.	22 février 1883.	6 mois après. — Mort au 12e mois.
4	Tillaux.	2 juin 1885.	5 mois après.
5	Terrier.	9 juillet 1886.	4 mois après.
6	Paquet.	février 1887.	4 mois après. — Mort.
7	Terrier.	30 mars 1886.	3 mois après.
8	Richelot.	2 juin 1887.	3 mois après.
9	Labbé.	*Revue de Chirurgie.*	3 mois après. — Mort.
10	Tédenat.	*Congrès de Chirurgie.*	3 mois après.
11	Labbé.	*Loc. cit.*	2 mois après. — Mort.
12	Tédenat.	*Loc. cit.*	2 mois après.
13	Richelot.	20 mai 1886.	1 mois après. — Mort au 5e mois.

C'est donc un total de 13 récidives! Ce sont donc là encore 13 opérations inutiles qui, jointes aux 25 morts immédiates que nous avons étudiées tout à l'heure, nous donnent le chiffre considérable de 38 insuccès flagrants sur 77 cas que nous avons pu réunir!

Guérison définitive.

Combien de fois pourrons-nous enregistrer cet heureux dénouement à la suite de l'opération si grave qui vient de se dérouler sous nos yeux avec tout son cortège de difficultés et de dangers? La liste est nombreuse des cas publiés par les auteurs avec cette

mention consolatrice et il est certain que, si l'on se borne à un examen superficiel, il est permis de partager l'enthousiasme de certains chirurgiens et de proclamer avec eux l'Hystérectomie vaginale comme le traitement radical par excellence du cancer de l'utérus! Nous aussi nous avons, un moment, partagé cet enthousiasme, mais l'étude approfondie des faits nombreux que nous avons examinés nous conduit aujourd'hui à émettre l'opinion la plus réservée.

Déjà, dans les pages qui précèdent, nous avons eu à enregistrer 11 opérations d'Hystérectomie suivies de guérison au bout d'un temps plus ou moins éloigné. Qu'il nous soit permis de revenir en deux mots sur chacune d'elles afin de mieux examiner dans quelles conditions ces résultats se présentent.

Nous relaterons ensuite les autres faits que nous connaissons.

1. Obs. I : Mme B... a failli être emportée par des accidents de septicémie. Elle a été opérée le 31 août 1887. Les dernières nouvelles que l'opérateur, M. Richelot, nous donne de cette malade datent des premiers jours d'octobre 1887, c'est-à-dire un mois à peine après l'opération. Est-ce là une guérison définitive?

2. Obs. II : L'opération pratiquée le 16 novembre 1885 a été très pénible, mais néanmoins la malade a guéri. L'opérateur, M. Terrier, l'a revue pour la dernière fois le 18 mai 1886, six mois après l'opération. A cette époque il n'y avait pas de récidive.

3. Obs. III : L'opération a été faite par M. Gillette, le 25 juillet 1885. Complication : déchirure de la vessie. La malade est sortie de l'hôpital, guérie un mois et demi après. Elle n'a pas été revue depuis le 13 octobre 1885, soit deux mois et demi seulement après l'opération. Est-ce là une guérison définitive?

4. Obs. IV : La malade opérée par M. Richelot, le 28 avril 1887, est sortie de l'hôpital un mois après l'opération. Elle était en excellente santé au mois d'août suivant, c'est-à-dire trois mois

après. On a pratiqué sur elle la résection d'une bande circulaire de la paroi vaginale, l'avenir nous apprendra si cette manœuvre sera couronnée d'un succès définitif.

5. Obs. V : Ici encore M. Richelot a pratiqué, le 23 mai 1887, la résection vaginale. Les derniers renseignements qu'il nous donne sur sa malade datent du milieu de juin, c'est-à-dire trois semaines seulement après l'opération.

6. Obs. XIII : Opération faite par M. Richelot le 3 septembre 1887. Hérissée de difficultés, elle a duré deux heures quarante-cinq minutes. La malade était guérie le 23 octobre, date des dernières nouvelles ; mais, malgré la résection vaginale, est-on en droit d'affirmer que la guérison sera définitive chez cette femme qui, de l'aveu même de M. Richelot, possédait un cancer dépassant visiblement les limites de l'organe ?

7. Obs. XIV : La malade avait déjà subi, en mars 1886, l'amputation sous-vaginale du col. Il y avait eu récidive deux mois après. M. Richelot pratique sur elle l'ablation totale de l'utérus le 31 août 1886. Trente-six jours après, on constate, au milieu de la cicatrice, la présence d'un bourgeon suspect qui fut enlevé sur le champ. M. Richelot a revu cette femme en février 1887. Il n'y avait pas traces de récidive mais elle se plaignait de douleurs irradiées. Ces douleurs ne seraient-elles pas un indice de repullulation ?

8. Obs. XV : Nous avons vu à quel prix (fistule vésico-vaginale nécessitant une nouvelle opération) cette opérée de M. Trélat a pu revenir à la santé. Elle a été revue sans traces de récidive neuf mois après. Pas de nouvelles depuis.

9. Obs. XVI : Il y eut ici complication de fistule recto-vaginale. La malade resta deux mois et demi au lit. M. Marchand l'a vue pour la dernière fois le 11 février 1886, soit quatre mois après l'opération. Elle était très bien.

10. Obs. XXII : C'est dans cette opération faite le 27 février

1887 que M. Richelot pratiqua pour la première fois la résection vaginale. La malade guérit, mais nous ne savons rien d'elle depuis ce moment.

11. Obs. XXIII : Opération le 1er août 1887. La malade a été revue en septembre, tout était souple autour de la cicatrice. Peut-on affirmer une guérison définitive un mois et demi après l'opération?

Si chacun des onze faits que nous venons d'examiner peut nous donner des espérances de succès durable, aucun malheureusement ne nous en donne la certitude; recherchons maintenant si, à l'aide des autres cas que nous avons recueillis, nous parviendrons à établir une statistique moins décourageante.

Nous transcrirons les observations dans l'ordre chronologique.

12. OBSERVATION XXXVIII (résumée).

Fibro-sarcome du corps de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. Péan (Thèse de Gomet).

Mme P..., 53 ans, avait été sur le point, plusieurs fois, de mourir d'hémorragies. Tous les moyens médicaux ayant échoué, M. Péan résolut de pratiquer l'extirpation totale de l'utérus.

L'opération fut faite le 13 novembre 1882 sans incidents. La guérison s'effectua rapidement.

Pas de nouvelles depuis.

13. OBSERVATION XXXIX (résumée)

Epithélioma du col. Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. le Dr Dudon (Thèse de Doche).

Albanie G..., 35 ans, est atteinte d'un épithélioma du col. L'utérus est mobile, les culs-de-sac sont libres, l'état général est satisfaisant.

L'opération fut faite le 6 janvier 1883.

La malade sortit de l'hôpital bien guérie le 2 avril.

M. Dudon la revit à la fin de février 1884. L'état général était très bon ; il n'y avait pas trace de récidive.

14. OBSERVATION XL (résumée).

Epithélioma du col. Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. le Dr Demons (Thèse de Doche).

Marie D..., 41 ans, présente au fond du vagin un champignon volumineux arrondi et mollasse. L'utérus est très mobile ; pas de tuméfaction dans les fosses iliaques.

L'opération est faite le 28 février 1884.

La malade sortit de l'hôpital, complètement guérie, le 24 mars.

Nous n'avons pas de nouvelles d'elle depuis cette époque.

15. OBSERVATION XLI (résumée).

Epithélioma du col. Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. Terrier (Soc. de chir., 1835).

M... (Louise), 47 ans, présente, dans l'écartement des lèvres du col, une masse gris rougeâtre, fongueuse, saignant au moindre contact, et d'où s'écoule une sanie infecte. L'utérus est mobile Les culs-de-sac sont libres.

Opération le 5 juin 1885. Guérison.

Le 2 mars 1887, M. Terrier annonçait à la Société de chirurgie qu'il avait revu cette opérée en excellente santé, le 31 janvier 1887, vingt mois après l'opération.

16. OBSERVATION XLII (résumée).

Epithélioma du col utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. Trélat. (Thèse de Gomet).

Mme M..., 38 ans, est atteinte d'un épithélioma du col en occupant toute la surface. L'utérus est mobile, sans brides, sans adhérences, mais son volume est considérable.

L'opération fut faite le 2 juillet 1885.

La cicatrisation était parfaite un mois après.

Pas d'autres renseignements.

17. OBSERVATION XLIII (résumée).

Epithélioma utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. L.-G. Richelot (Thèse de R. de Madec).

Louise C..., 33 ans, présente un col volumineux, à lèvres épaissies, indurées, doublées à leur face interne d'un tissu noirâtre bourgeonnant, ulcéré. La face interne du col et les culs-de-sac vaginaux sont indemnes.

L'opération est pratiquée le 11 juin 1886.

La malade quitte l'hôpital un mois après en parfait état.

M. Richelot annonçait le 9 mars 1887 à la Société de Chirurgie qu'il avait revu cette opérée 9 mois après : la cicatrice était parfaite, la santé florissante.

18. OBSERVATION XLIV

Epithélioma du col et du corps de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Guérison Par M. Péan (Thèse de Gomet).

Mme B..., 55 ans, présente, dans la paroi postérieure du corps de l'utérus, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Le col est le siège d'un épithélioma.

L'extirpation totale fut pratiquée le 23 juin 1886.

La guérison fut parfaite.

Pas de nouvelles depuis la sortie de l'hôpital.

19 OBSERVATION XLV (résumée).

Epithélioma du col. Hystérectomie vaginale. Guérison. Par le Dr Terrier (Société de Chirurgie, 2 Mars 1887.)

Mme Médard, 40 ans, entre à l'hôpital Bichat le 16 avril 1886. Première métrorrhagie le 7 janvier. Nouvelle perte à la fin de janvier ; depuis, écoulement sanguin continuel mais peu abondant. Le 10 mars nouvelle métrorrhagie.

État général excellent. Quelques douleurs vers l'hypogastre avec irradiations lombaires.

Le col utérin est dur, volumineux, ulcéré et saignant au moindre contact. Pas de ganglions iliaques. L'utérus est mobile. Les annexes paraissent sains.

L'Hystérectomie vaginale est faite le 28 mai 1886. Pas d'incidents. L'opération a duré plus d'une heure.

La malade s'est levée pour la première fois le 18 juin, et elle est sortie de l'hôpital le 3 juillet 1886, en excellent état.

Le 23 juillet l'opérée éprouvait, vers la fosse iliaque droite, quelques douleurs s'irradiant du côté des reins. La cicatrice assez souple à gauche semblait se continuer, à droite, avec un foyer d'induration dans le ligament large correspondant.

Le 24 octobre, Mme M... avait encore quelques douleurs de reins, mais à gauche et vers la fosse iliaque. L'induration du côté droit de la cicatrice a disparu.

L'opérée a été revue pour la dernière fois à la fin de janvier 1887 : l'état local était absolument parfait.

« L'ablation de l'utérus fut faite en utilisant d'un côté la pince de Richelot, de l'autre les ligatures multiples qui tinrent assez mal et nécessitèrent l'application de cinq pinces hémostatiques.

20° OBSERVATION XLVI (résumée).

Epithélioma du corps de l'utérus. Petits kystes de l'ovaire et de la trompe droite. Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. PÉAN. (Thèse de GOMET).

Mme L..., 26 ans, réglée à quatorze ans et demi. Deux enfants. A été prise en 1881 de douleurs pelviennes d'une extrême violence. Métrorrhagies fréquentes, douleurs intolérables, écoulement fétide abondant, teint cachectique.

Le col de l'utérus paraissait normal. Le corps était volumineux ; déformé, adhérent par sa face postérieure à une masse kystique qui semblait

constituée soit par une pelvi-péritonite enkystée, soit par un petit kyste de l'ovaire ou de la trompe.

L'Hystérectomie vaginale fut pratiquée le 6 juillet 1886. Les suites de l'opération furent bénignes.

La guérison fut rapide et complète.

Pas de nouvelles depuis l'opération.

21. OBSERVATION XLVII

Cancer utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. PAQUET (de Lille) (Société de chirurgie, séance du 18 mai 1887).

Femme de 46 ans, métrorrhagies depuis un an ; écoulement sanieux, bon état général. Fongus énorme du col utérin, sans propagation aux parties voisines.

Ablation de l'utérus le 22 mars 1887 ; hémostase avec les pinces compressives longues. L'opération n'a présenté rien de particulier.

La malade sort au 27e jour, bien guérie, sans apparence de récidive.

22. OBSERVATION XLVIII (résumée).

Cancer utérin. Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. RICHELOT (Thèse de R, DE MADEC).

Mme M... (de Nevers), 43 ans. Enorme fongus remplissant la moitié du vagin. Les culs-de-sac sont libres, l'utérus paraît mobile.

Opération le 13 octobre 1886.

La malade sort de l'hôpital bien guérie le 17 novemhre.

(Dans la séance du 9 mars 1887, M. Richelot annonçait à la Société de chirurgie qu'il avait revu cette femme le 5 décembre. Elle allait de mieux en mieux et sentait ses forces revenir).

OBSERVATION XLIX

Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. L.-G. Richelot (1).

Mme B..., de Lorient, a été opérée le 14 novembre 1886. Elle était bien portante et sans récidive au bout de 4 mois.

OBSERVATION L

Hystérectomie vaginale. Guérison. Par M. L.-G. Richelot (2).

Victoire P... opérée le 25 novembre 1886 eut un *commencement de récidive au bout d'un mois*. Je lui fis, quinze jours après sa sortie de l'hôpital Necker, l'ablation d'une petite masse végétante qui s'était développée en pleine cicatrice et qui déjà produisait un suintement fétide ; un grattage soigné laissa une plaie transversale, encavée, peu étendue. Le 25 février 1887, trois mois après l'Hystérectomie, la cicatrice était parfaite, sans douleur ni induration, l'état général excellent.

25. de M. Demons.....	Citées dans la thèse de Gomet sans autres renseignements.
26. de M. Polaillon.....	
27. de M. Labbé.....	
28. de M. Lozzi.....	
29. de M. Buffet.....	
30. de M. Labbé.....	Revue au 4e mois (3).
31. de M. Labbé.....	Revue au 8e mois (3).
32. de M. Bouilly.....	Citées par M. Hache sans autres renseignements.
33. —	
34. —	
35. —	
36. —	
37. —	
38. —	
39. —	

(1) Société de chirurgie, 9 mars 1887.

(2) Société de chirurgie, décembre 1887.

(3) *Revue de Chirurgie*, décembre 1887.

Nous voilà donc en présence de 39 Hystérectomies vaginales suivies de guérison. Avons-nous le droit de les considérer toutes comme définitives? Ne devons-nous pas au contraire, après la plupart d'entre elles, mettre un gros point d'interrogation?

Après avoir vu dans notre statistique de 77 opérations, qui comprend la presque totalité de ce qui a été fait en France contre le cancer de l'utérus. Après avoir vu, disons-nous, 13 récidives se produire chez nos 52 survivantes avant la fin de la première année, n'avons-nous pas le droit, le devoir même d'être très réservé sur l'issue future de ces 39 guérisons?

D'ailleurs 18 d'entre ces opérées n'ont pas été revues, et des 21 qui restent, 2 seulement, celle de M. le Dr Dudon (obs. 39) et celle de M. Terrier (obs. 41) étaient en parfaite santé, l'une après 13 mois, l'autre après 20 mois.

Nous ne pousserons pas plus loin notre statistique. A quoi servirait de dire que nous avons 32,4 pour 100 de mort immédiate et 25 pour 100 de récidive donnant une somme de 49,3 pour 100 d'insuccès avant la fin de la première année? « Un pourcentage aussi sommaire pourrait n'avoir aucun sens ! » (1).

D'accord en cela avec M. Richelot (1), nous pensons que « des » chiffres bruts ne permettront jamais d'apprécier la valeur d'une » opération ; l'analyse des faits doit intervenir ».

C'est à cette analyse que nous avons donné tous nos soins dans ce long travail. Ainsi que nous le disions en commençant, nous avions surtout pour but de mettre en pleine lumière les difficultés et les dangers de l'Hystérectomie soit pendant les manœuvres opératoires, soit immédiatement après l'opération.

Aurons-nous réussi dans la tâche entreprise? Serons-nous parvenu, grâce à l'examen des faits, à faire passer notre conviction chez les chirurgiens qui, séduits par l'enthousiasme exagéré de

---

(1) Congrès de chirurgie. Session de 1886. P. 386.

certains opérateurs, seraient tentés d'entreprendre à leur tour l'*opération de Récamier ?*

M. le professeur Demons était un peu de notre avis lorsqu'il disait à la Société de Chirurgie en 1884 : « Oui, la grande gravité » de l'opération est indéniable ! Oui, l'extirpation totale de l'utérus » cancéreux ne doit être acceptée qu'avec une extrême réserve » et quand il ajoutait plus loin : Celui-là serait coupable qui, pou- » vant se contenter d'une opération relativement bénigne, tente- » rait une opération infiniment plus sérieuse ! »

Nous pourrions terminer sur ces dernières paroles qui expriment si nettement notre opinion ; le conseil plein de sagesse et de prudence qu'elles renferment devrait toujours servir de guide aux opérateurs. Nous avons la conviction qu'en agissant ainsi on ne fera point preuve de « l'incorrigible timidité qu'entretiennent les » souvenirs de l'éducation classique ou la peur de scandaliser les » vieux maîtres » (1). Nous sommes persuadé que ce ne sont point ces sentiments qui animent les chirurgiens lorsqu'ils hésitent « à » enlever à quelques-unes le reste de vie auquel a droit une cons- » cience » (1).

Vaut-il donc mieux leur promettre une survie prolongée, peut-être même une guérison radicale? Écoutons ce que répond à cela M. Le Fort (2).

« Sur 100 d'entre elles, 25 au moins eussent échappé à la mort immédiate qui paraît être le résultat moyen de l'opération, et elles auraient vécu quelque temps encore, assez longtemps peut-être, car l'Hystérectomie ne doit être pratiquée et n'est généralement pratiquée que pour des cancers encore limités à l'utérus lui-même. On nous dit : l'opération a donné à la moitié des malades qui ne sont pas mortes de l'opération une survie d'un an. Est-ce vrai-

---

(1) Congrès de Chirurgie, *loco cit.*

(2) Rapport à l'Académie de médecine. Novembre 1887.

ment une année de vie que cette année passée à mourir lentement d'un cancer utérin récidivé, après une opération grave, après les terribles angoisses et les fausses espérances que l'opération a données.

» Sans doute, les malades auraient toutes succombé à leur mal, mais qui peut affirmer que la mort fût survenue plus vite pour la grande majorité de ces malades? Qui peut même affirmer que la marche du mal n'a pas été hâtée par l'opération? Nous voyons des cancéreuses vivre encore deux ou trois années avec leur mal; après trois ans, Hofmeier ne trouve plus, sur 19 opérées, que 2 malades sans récidive. Quelques-unes ont survécu plusieurs années et paraissent destinées à vivre sans récidive. Qui oserait affirmer que, parmi ces cas, il n'y a pas eu place pour quelques erreurs de diagnostic? »

CONCLUSION

1° L'étude détaillée de chacun des temps de l'hystérectomie vaginale nous a montré les difficultés souvent insurmontables que rencontre le chirurgien dans cette opération. Cette difficultés font de l'ablation totale de l'utérus par le vagin l'opération la plus ardue que nous connaissions. Elle ne pourra être tentée que par de grands praticiens.

2° Sans compter les dangers qui peuvent se produire pendant les manœuvres opératoires, trois grandes causes immédiates : le choc, l'hémorragie et la péritonite mettent la vie de l'opérée en péril. La mortalité opératoire arrive dans notre statistique, au chiffre élevé de 32,4 pour 100. Cet effrayant résultat doit suffire à conseiller aux chirurgiens la plus extrême circonspection quand il s'agira de traiter un cancer de l'utérus par une opération plus ou moins radicale.

3° Les résultats éloignés ne sont guère plus consolants que les résultats immédiats. Les récidives connues sont nombreuses et sans doute elles le seraient plus encore si toutes les opérées avaient été revues après l'opération. Notre jugement, à ce sujet, sera très réservé, vu la date récente de la plupart des observations que nous connaissons. A l'avenir de démontrer que nos prévisions pessimistes ne se réaliseront pas.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES

Vu, bon a imprimer :
Bordeaux, le 6 mars 1888.
Le Président de la thèse,
Dr DEMONS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 8 mars 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Récamier. — Recherches sur le traitement du cancer ; Paris, 1829.

Tarral. — Mémoire sur l'ablation de l'utérus; Paris, 1829.

Velpeau. — Médecine opératoire ; Paris, 1839.

Sédillot. Médecine opératoire : Paris, 1846.

Schwartz. — Revue de chirurgie 1882.

Demons. — Archives génér. de médecine, septembre 1883, *Revue de Chirurgie,* août 1884.

Sauve. — Thèse inaugurale ; Paris, 1884.

Doche. — De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer ; Thèse inaugurale ; Bordeaux, 1884.

Société de chirurgie : Bulletins et mémoires. passim.

Trélat. — Bulletin de l'académie de Médecine ; 1885.

Gomet. — De l'Hystérectomie vaginale en France ; Thèse inaugurale, Paris 1886.

De Madec. — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus ; Thèse pour le Doctorat en chirurgie, Paris, 1887.

Congrès français de chirurgie ; Session de 1886.

Kœberlé. — Traitement du cancer de la matrice par l'Hystérectomie (*Gaz. hebdom.*, févr. 1886).

Richelot. — Union médicale, 1886, 1887, passim.

M. Hache. — De l'Hystéroctomie vaginale pour cancer, in *Revue des sciences médicales*, 1887.

Bulletin de l'Académie de médecine ; 30 novembre 1887.

12,262. — Bordeaux, Ve Cadoret, imp., rue Montméjan, 17